Nabeel Farhan, Michael Wirsching (Hrsg.)

Kommunikation für ausländische Ärzte

Vorbereitung auf den Patientenkommunikationstest in Deutschland

1. Auflage

Unter Mitarbeit von Christian Baumgärtner, Lena-Alexandra Beume, Alicia Benke, Sonja Domes, Sabine Drexler, Kurt Fritzsche, Torben Glatz, Wolfram Meschede, Arkadiusz Miernik, Julia Pütz, Barbara Schmeiser, Nikolaus Schurmann, Sven Ziegler

ELSEVIER
URBAN & FISCHER

URBAN & FISCHER München

Zuschriften an:
Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, Hackerbrücke 6, 80335 München
E-Mail medizin@elsevier.com

Wichtiger Hinweis für den Benutzer
Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Herausgeber und Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten therapeutischen Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschter Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Das entbindet den Nutzer dieses Werkes aber nicht von der Verpflichtung, anhand weiterer schriftlicher Informationsquellen zu überprüfen, ob die dort gemachten Angaben von denen in diesem Werk abweichen und seine Verordnung in eigener Verantwortung zu treffen.
Für die Vollständigkeit und Auswahl der aufgeführten Medikamente übernimmt der Verlag keine Gewähr.
Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden in der Regel besonders kenntlich gemacht (®). Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann jedoch nicht automatisch geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://www.d-nb.de/ abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten
1. Auflage 2015
© Elsevier GmbH, München
Der Urban & Fischer Verlag ist ein Imprint der Elsevier GmbH.

15 16 17 18 19 5 4 3 2 1

Für Copyright in Bezug auf das verwendete Bildmaterial siehe Abbildungsnachweis.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Um den Textfluss nicht zu stören, wurde bei Patienten und Berufsbezeichnungen die grammatikalisch maskuline Form gewählt. Selbstverständlich sind in diesen Fällen immer Frauen und Männer gemeint.

Planung: Uta Lux
Lektorat: Alexander Gattnarzik
Redaktion: Barbara Buchter, Freiburg
Herstellung: Martha Kürzl-Harrison
Satz: abavo GmbH, Buchloe/Deutschland; TnQ, Chennai/Indien
Druck und Bindung: Dimograf, Bielsko-Biała, Polen
Umschlaggestaltung: SpieszDesign, Neu-Ulm
Titelfotografie: Colourbox

ISBN Print 978-3-437-45201-7
ISBN e-Book 978-3-437-29830-1

Aktuelle Informationen finden Sie im Internet unter **www.elsevier.de** und **www.elsevier.com**

Geleitwort

Bei bereits bestehendem Ärztemangel wird aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland der Bedarf an Ärzten weiter steigen. Unser Gesundheitssystem steht vor einer großen Herausforderung. Um auch weiterhin eine gute Patientenversorgung im ganzen Land sicherzustellen, werden qualifizierte ausländische Ärzte nötig sein.

Ausländische Ärzte leisten bereits heute mit hoher Motivation und guten medizinischen Kenntnissen einen wichtigen Beitrag zur Sicherung einer flächendeckenden Patientenversorgung. Zur vertrauensvollen Verständigung zwischen Ärzten und ihren Patienten sind jedoch nicht nur gute sprachliche Fertigkeiten notwendig, sondern es braucht besonders gute kommunikative Fertigkeiten, um den Fallstricken kommunikativer Missverständnisse zu entgehen.

Die von Dr. Nabeel Farhan begründete Freiburg International Academy – FIA – hat es sich zur Aufgabe gemacht, ausländische Ärzte durch qualifizierte Fortbildungsangebote zu unterstützen. In Zusammenarbeit mit dem Goethe-Institut wurde ein achtwöchiges Programm entwickelt. Dies verbindet allgemeine und fachsprachliche Kenntnisse mit der Fähigkeit, eine vertrauensvolle und hilfreiche Beziehung zu den Patienten, deren Angehörigen und zu den Mitarbeitern multiprofessioneller Behandlungsteams zu entwickeln. Auch wurde eine Fortbildung in medizinischen Grundkenntnissen konzipiert, die Ärzten mit einem medizinischen Abschluss aus Nicht-EU-Ländern die Vorbereitung auf die von ihnen zu absolvierende Gleichwertigkeitsprüfung erleichtert.

Die Freiburg International Academy entwickelte außerdem einen Patientenkommunikationstest, der bereits 2011 in Baden-Württemberg und 2012 in Thüringen als Mitvoraussetzung zur Erteilung der Approbation eingeführt wurde. In dieser praktischen Prüfung werden die für die Ausübung des Arztberufs erforderlichen Sprachkenntnisse bewertet. Diese sind die Grundlage zentraler ärztlicher Aufgaben wie der Anamneseerhebung, der Patientenaufklärung und der Patientenvorstellung im Team. Die Bewertung erfolgt praxisnah unter Einsatz von Schauspielpatienten. Somit prüft dieser Test nicht nur den Fachwortschatz, sondern dessen praktische Anwendung in grundlegenden ärztlichen Aufgaben.

Die bundeseinheitlichen Eckpunkte zur Überprüfung der sprachlichen Kompetenz ausländischer Ärzte wurden im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder am 27.7.2014 in Hamburg festgelegt. Unter Berücksichtigung dieser Eckpunkte wurde der bestehende Patientenkommunikationstest um einen schriftlichen Teil erweitert und orientierend an das erforderliche Sprachniveau C1 angepasst. Unter der Mitarbeit von Frau Professor Dr. Gabriele Kniffka, Leiterin des Studiengangs Deutsch als Fremdsprache der Pädagogischen Hochschule Freiburg, sowie unter Berücksichtigung der psychometrischen Validierungsergebnisse erfolgte diese Weiterentwicklung des Sprachtests interdisziplinär.

Dieses Buch soll eine Unterstützung für unsere zugewanderten ausländischen Kolleginnen und Kollegen sein, um Ihnen den Einstieg in ihren Beruf im fremden Land zu erleichtern. Dies ist ein Meilenstein auf dem Weg zur Integration ausländischer medizinischer Fachkräfte in unser Gesundheitssystem. Zugleich wird ein Mehr an Patientensicherheit und eine größere Zufriedenheit aller Beteiligten erreicht: der Ärzte selbst, ihrer Patienten und deren Angehöriger sowie ihrer Teamkollegen. Ihnen allen soll das hier vorgelegte Buch hilfreich sein und Mut und Freude machen bei den ersten Schritten als Ärztin oder Arzt in der Fremde.

Freiburg, Frühjahr 2015

Prof. Dr. med. Michael Wirsching
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Auslandsbeauftragter der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Freiburg

Vorwort

Als ich im Dezember 1996 meine Reise nach Deutschland begann, war ich mir sicher, dass ich mich auf das Studium im Ausland sorgfältig vorbereitet hatte. Ich verließ meine Heimatstadt Mekka Richtung Djiddahs Flughafen zusammen mit allen Mitgliedern meiner Familie, die mich bis zur Sicherheitskontrolle des Gates begleiteten. Diese außergewöhnliche Versammlung, die in der Regel nur aus Anlass großer Familienfeste stattfindet, setzte mich gewaltig unter Druck. Würde ich all das schaffen, was ich mir vorgenommen hatte? Ein Erfolg meines Studiums würde nicht nur mein persönlicher sein, sondern meine ganze Familie miteinschließen. Nur noch größer als meine Ängste und meine Verwirrung war meine ungeheure Motivation.

Als ich dann am Flughafen Frankfurt landete, wusste ich, dass mein Vorhaben, im Ausland zu studieren, kein einfaches sein würde. Das Leben in einer anderen Kultur bringt nicht nur sprachliche und kulturelle Herausforderungen mit sich, sondern bedeutet auch die Erfahrung von Orientierungslosigkeit und Ausgrenzung. Nach einem achtmonatigen Sprachkurs in Bonn schrieb ich mich für das Medizinstudium und das damit verbundene Studienkolleg an der Universität Heidelberg ein. Die ersten Jahre in Deutschland erwiesen sich als meine bislang härteste Herausforderung. Dabei waren die Kontakte zur ausländischen Community für mich eine große Hilfe; sie erleichterten mir die ersten Orientierungsschritte und linderten auch mein Heimweh. Mit Unterstützung vieler deutscher Kollegen konnte ich die hohen Anforderungen, die eine medizinische Ausbildung in einer weltweit renommierten Universität mit sich bringt, bewältigen und die Facharztweiterbildung auf dem Gebiet der Neurochirurgie erfolgreich abschließen. Berufsbegleitend nahm ich am Master of Medical Education der Universität Bern teil.

Da ich die Integration ausländischer Ärzte in Zeiten des Ärztemangels in deutschen Kliniken für wichtig halte, begann ich bereits im Rahmen meiner Masterarbeit, die Integration ausländischer Ärzte in deutschen Krankenhäusern wissenschaftlich zu analysieren und bedarfsorientierte Qualifizierungsmaßnahmen zu konzipieren.

Dieses Buch stellt eine sprachliche Unterstützung im Bereich der Kommunikation ausländischer Ärzte in den grundlegenden ärztlichen Fachkompetenzen dar. Es ersetzt jedoch keine medizinischen Fachbücher. Ergänzend werden einige elementare Informationen über das deutsche Gesundheitssystem vermittelt, die für zugewanderte Ärztinnen und Ärzte essenziell sind.

Da dieses Buch der Vorbereitung ausländischer Ärzte auf den Patientenkommunikationstest dient, habe ich für Leitsätze und Erklärungen eine möglichst klare, einfache Sprache gewählt und auf komplexe sprachliche Formulierungen nach Möglichkeit verzichtet.

Ich wünsche allen ausländischen Kolleginnen und Kollegen Freude beim Lesen dieses Buches und viel Erfolg bei Ihrer Arbeit.

Freiburg, Frühjahr 2015
Dr. med. Nabeel Farhan
Facharzt für Neurochirurgie
Master of Medical Education

Danksagung

Es ist ein langwieriger Prozess, ein Vorhaben wie das Schreiben eines Buches umzusetzen. Nur mit der Hilfe vieler Menschen war es mir möglich, den vorliegenden Band in dieser Form herauszugeben.

Viele Kolleginnen und Kollegen der unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen haben mich dabei unterstützt, die besten fachsprachlichen Formulierungen und Ausdrucksweisen der jeweiligen Fachgebiete zu finden und sie in diesem Buch zusammenzustellen. Dafür bedanke ich mich ganz herzlich.

Ich danke besonders Prof. Dr. med. Michael Wirsching für seine fachlichen Korrekturen und seine geduldige Ermutigung. Ebenfalls gilt mein Dank Dr. med. Nikolaus Schurmann für seine hilfreichen Anmerkungen und Kommentare. Zudem danke ich Frau Ekaterina Kasatkina für ihre nachhaltige Unterstützung.

Meine ärztliche Tätigkeit als Neurochirurg sowie mein Engagement im Bereich der Integration ausländischer medizinischer Fachkräfte in Deutschland nehmen viel Zeit in Anspruch. Das Verständnis meiner Mutter war für mich immer von großer Bedeutung und ohne ihre Unterstützung hätte ich es sicher nicht so weit geschafft. Dafür bedanke ich mich ganz herzlich. Ich danke ebenfalls meinem Bruder und meinen fünf Schwestern. Schließlich möchte ich dieses Buch meinem verstorbenen Vater widmen. Mein persönlicher Erfolg ist letztlich der Erfolg meiner ganzen Familie.

Dr. med. Nabeel Farhan

Benutzerhinweise

Damit sich der Leser gut zurechtfinden kann, wurden folgende Symbole verwendet:

Merke

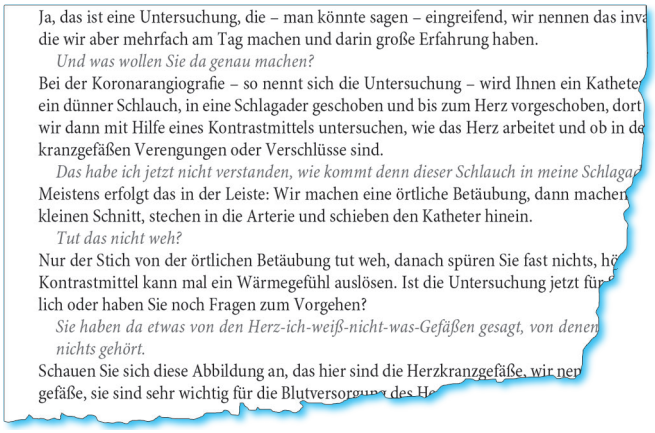
Tipp

Dokumentation

Vokabular
Im Vokabelteil der einzelnen Themen gibt es jeweils drei Spalten: „Medizinische Bezeichnung“, „Deutsche Bezeichnung“ und „Englische Bezeichnung“. Die Begriffe in der Spalte „Medizinische Bezeichnung“ dienen der Kommunikation mit Medizinern und medizinisch ausgebildetem Fachpersonal. In der Spalte „Deutsche Bezeichnung“ sind die Begriffe genannt, die am besten in der Kommunikation mit Patienten und Nicht-Medizinern verwendet werden. Die englischen Bezeichnungen helfen beim Verständnis und Lernen der Vokabeln.

beispielhafte Dialoge

Am Ende der Kap. 3.1–3.5 gibt es jeweils einen Dialog Arzt – Patient/bzw. Kollege. Dieser ist im Layout folgendermaßen umgesetzt:


Ja, das ist eine Untersuchung, die – man könnte sagen – eingreifend, wir nennen das inva
die wir aber mehrfach am Tag machen und darin große Erfahrung haben.
Und was wollen Sie da genau machen?
Bei der Koronarangiografie – so nennt sich die Untersuchung – wird Ihnen ein Katheter
ein dünner Schlauch, in eine Schlagader geschoben und bis zum Herz vorgeschoben, dort
wir dann mit Hilfe eines Kontrastmittels untersuchen, wie das Herz arbeitet und ob in de
kranzgefäßen Verengungen oder Verschlüsse sind.
Das habe ich jetzt nicht verstanden, wie kommt denn dieser Schlauch in meine Schlaga
Meistens erfolgt das in der Leiste: Wir machen eine örtliche Betäubung, dann machen
kleinen Schnitt, stechen in die Arterie und schieben den Katheter hinein.
Tut das nicht weh?
Nur der Stich von der örtlichen Betäubung tut weh, danach spüren Sie fast nichts, hö
Kontrastmittel kann mal ein Wärmegefühl auslösen. Ist die Untersuchung jetzt für
lich oder haben Sie noch Fragen zum Vorgehen?
Sie haben da etwas von den Herz-ich-weiß-nicht-was-Gefäßen gesagt, von denen
nichts gehört.
Schauen Sie sich diese Abbildung an, das hier sind die Herzkranzgefäße, wir ner
gefäße, sie sind sehr wichtig für die Blutversorgung des H

In Normalschrift steht die Frage/Bemerkung des Arztes. Die Antwort des Patienten oder Kollegen ist in Kursivschrift wiedergegeben.

Adressen

Herausgeber:

Dr. med. Nabeel Farhan
Freiburg International Academy
Ärztliche Projektleitung
Hauptstraße 8
79104 Freiburg im Breisgau

Prof. Dr. med. Michael Wirsching
Freiburg International Academy
Wissenschaftliche Leitung
Hauptstraße 8
79104 Freiburg im Breisgau

Fachliche Beratung:

Dr. med. Christian Baumgärtner, Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, Universitätsklinikum Heidelberg	Kardiologie, Herz-Kreislauf-System
Dr. med. Lena-Alexandra Beume, Klinik für Neurologie und Neurophysiologie im Neurozentrum, Universitätsklinikum Freiburg	Neurologie, Nervensystem
Alicia Benke, Testentwicklung Freiburg International Academy	Deutsch als Fremdsprache, Kommunikation
Sonja Domes, Testentwicklung Freiburg International Academy	Kommunikation
M. Sc. APN Sabine Drexler, Pflegeexpertin, Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Freiburg	Wundbehandlung
Prof. Dr. med. Kurt Fritzsche, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg	Psychosomatik, Kommunikation
Dr. med. Torben Glatz, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Freiburg	Viszeralchirurgie, Verdauungssystem
Dr. med. Wolfram Meschede, Klinik für Pneumologie, Universitätsklinikum Freiburg	Pneumologie, Atmungssystem
PD Dr. Dr. med. univ. Arkadiusz Miernik, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Freiburg	Urologie, Urogenitalsystem
Dr. med. Julia Pütz, Klinik für Frauenheilkunde, Universitätsklinikum Freiburg	Gynäkologie, Urogenitalsystem
Dr. med. Barbara Schmeiser, Klinik für Neurochirugie, Universitätsklinikum Freiburg	Neurochirurgie, Nervensystem
Dr. med. Nikolaus Schurmann, Qualifizierung für Ärzte, Freiburg International Academy	Allgemeinmedizin, Kommunikation
Sven Ziegler, Pflegeexperte, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Pflege & Gesundheit, Hochschule Fulda	Wundbehandlung

Abkürzungen

A.	Arteria; Arterie
AZ	Allgemeinzustand
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
HN-Status	Hirnnervenstatus
KG	Kraftgrad (der Motorik bei Parese)
Lig.	Ligamentum; Band
M.	Musculus; Muskel
NRS	Numerische Rating Skala
OA	Oberarzt
OP	Operation
o.p.B	ohne pathologischen Befund
OSG	oberes Sprunggelenk
RS	Rücksprache

Abbildungsnachweis

Der Verweis auf die jeweilige Abbildungsquelle befindet sich bei allen Abbildungen im Werk am Ende des Legendentextes in eckigen Klammern.
Alle nicht besonders gekennzeichneten Grafiken und Abbildungen © Elsevier GmbH, München

M947	Dr. med. Nabeel Farhan, Freiburg
T756	Freiburg International Academy
S007-1-23	Sobotta, Atlas der Anatomie Bd. 1, 23,. Aufl., Elsevier Urban & Fischer 2010 ISBN 978-3-437-44071-7
S007-2-23	Sobotta, Atlas der Anatomie Bd. 2, 23,. Aufl., Elsevier Urban & Fischer 2010 ISBN 978-3-437-44072-4
S007-3-23	Sobotta, Atlas der Anatomie Bd. 3, 23,. Aufl., Elsevier Urban & Fischer 2010 ISBN 978-3-437-44073-1
T775	Sabine Drexler, Freiburg
T776	Sven Ziegler, Fulda

Abkürzungen

A.	Arteria; Arterie
AZ	Allgemeinzustand
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
HN-Status	Hirnnervenstatus
KG	Kraftgrad (der Motorik bei Parese)
Lig.	Ligamentum; Band
M.	Musculus; Muskel
NRS	Numerische Rating Skala
OA	Oberarzt
OP	Operation
o.p.B	ohne pathologischen Befund
OSG	oberes Sprunggelenk
RS	Rücksprache

Abbildungsnachweis

Der Verweis auf die jeweilige Abbildungsquelle befindet sich bei allen Abbildungen im Werk am Ende des Legendentextes in eckigen Klammern.
Alle nicht besonders gekennzeichneten Grafiken und Abbildungen © Elsevier GmbH, München

M947	Dr. med. Nabeel Farhan, Freiburg
T756	Freiburg International Academy
S007-1-23	Sobotta, Atlas der Anatomie Bd. 1, 23,. Aufl., Elsevier Urban & Fischer 2010 ISBN 978-3-437-44071-7
S007-2-23	Sobotta, Atlas der Anatomie Bd. 2, 23,. Aufl., Elsevier Urban & Fischer 2010 ISBN 978-3-437-44072-4
S007-3-23	Sobotta, Atlas der Anatomie Bd. 3, 23,. Aufl., Elsevier Urban & Fischer 2010 ISBN 978-3-437-44073-1
T775	Sabine Drexler, Freiburg
T776	Sven Ziegler, Fulda

KAPITEL

1 Die ärztliche Kommunikation

Sie werden im Rahmen Ihrer ärztlichen Tätigkeit mit verschiedenen Personen und Berufsgruppen sprechen. Der Arzt muss mit Patienten, deren Angehörigen und mit ärztlichen Kollegen sowie Angehörigen der Gesundheitsberufe kommunizieren.

Um die zwischenmenschliche Kommunikation genauer zu analysieren, kann das Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun herangezogen werden. Bei der Kommunikation wird danach immer eine Nachricht von einem Sender an einen Empfänger gerichtet. Diese wird in vier Ebenen unterteilt:

1. Sachebene: Worüber spricht die Person?
2. Selbstkundgabe: Was offenbart sie über sich?
3. Appell: Was will sie von mir?
4. Beziehung: Wie steht sie zu mir?

Diese vier Ebenen sind bei jeder Kommunikationssituation aktiv und müssen für eine gelungene Vermittlung der Nachricht beachtet werden.

1.1 Arzt-Patienten-Kommunikation

Die Kommunikation mit den Patienten stellt einen wichtigen Baustein zur Diagnosefindung dar. Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation erhöht nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern auch die Compliance der Patienten und sichert somit den Therapieerfolg. In diesem Zusammenhang sind die verschiedenen Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung erwähnenswert:

- Das traditionelle paternalistische Modell: In diesem Modell übernimmt der Arzt als Fachexperte eine dominante Rolle und entscheidet für den Patienten, der fachlich nicht in der Lage ist, die bestmögliche Entscheidung zu erkennen.
- Das kundenorientierte Modell: Hier informiert der Arzt als Fachexperte und Leistungsanbieter den Patienten, der als Kunde fungiert. Der Arzt führt die Behandlung nach Entscheidung des Patienten als Kunde durch.
- Das partnerschaftliche Modell: Dieses Modell basiert auf der Kommunikation zwischen zwei gleichwertigen Partnern. Der Arzt als Fachexperte informiert den Patienten über die Erkrankung und diskutiert mit ihm mögliche Behandlungsoptionen. Der Patient nimmt an dem Gespräch teil und teilt seine Ansichten mit. Am Ende des Gesprächs kommen beide Partner zu einer gemeinsam erarbeiteten Entscheidung.

Die Patienten bevorzugen je nach Kultur und Bildungsstand unterschiedliche Konzepte der Arzt-Patienten-Beziehung. Während sich manche Patienten mit dem partnerschaftlichen Modell überfordert fühlen, wollen andere in die Behandlungsentscheidungen stärker einbezogen sein. In Deutschland möchten viele Patienten an medizinischen Entscheidungen beteiligt sein und mitbestimmen dürfen, bevorzugen also das partnerschaftliche Modell. Hierfür geben wir einen umfassenden Überblick über die Gesprächstechniken einer erfolgreichen patienten-zentrierten Kommunikation.

1.2 Die patienten-zentrierte Kommunikation

Tipps für das Arzt-Patienten-Gespräch:

Zeigen Sie, dass Sie mit der deutschen Kultur vertraut sind (z. B. Verwendung von deutschen Sprichwörtern).
Das unterstützt die Entwicklung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung.

Für den Patienten ist der Kontakt mit einem Arzt ein außergewöhnliches Ereignis, für den Arzt stellt es dagegen lediglich einen Routinevorgang dar. Erwartungen des Patienten an dieses Gespräch sollen dem Arzt jedoch bewusst sein!
Im Folgenden sind einige hilfreiche Tipps für ein erfolgreiches Arzt-Patienten-Gespräch aufgeführt.

- Die **Gesprächsatmosphäre** ist von größter Bedeutung für den Abbau emotionaler Barrieren. Beginnen Sie daher Ihr Gespräch mit dem Patienten erst, wenn Sie ein geeignetes Zimmer zur Verfügung und dieses vorbereitet haben.
- Das äußere Erscheinungsbild soll dem Arztberuf angemessen sein. Versuchen Sie, bei der Auswahl Ihrer **Kleidung** einen neutralen Mittelweg zu gehen, der von Patienten akzeptiert werden kann.
- Vermeiden Sie **medizinische Fachwörter** und Ausdrücke im Gespräch mit dem Patienten.
- Falls Sie den **Namen des Patienten** nicht aussprechen können, fragen Sie bitte nach dessen korrekter Aussprache.
- Spricht der Patient einen für Sie unverständlichen **Dialekt,** bitten Sie ihn, Hochdeutsch zu sprechen.
- Verwenden Sie zu Beginn des Gesprächs **offene Fragen** und lassen Sie den Patienten seine Beschwerden spontan schildern. Dadurch können Sie sein Verständnis über die Beschwerden sowie seinen Bildungsstand herausfinden, sodass Sie das weitere Gespräch daran anpassen können.
- Zur Erklärung eines bestimmten Verfahrens oder Vorgangs verwenden Sie **Beispiele** aus dem Alltag oder bildliche Darstellungen.
- Besprechen Sie die Situation mit dem Patienten als einem Partner auf **gleicher Augenhöhe.** Informieren Sie ihn ausreichend und beziehen Sie ihn in den Entscheidungsprozess weiterer Behandlungsschritte ein.
- Der gut informierte Patient wünscht in der Regel **Garantien** und exakte Vorhersagen. Ihre Empfehlungen sollen daher auf aktuellen medizinischen Erkenntnissen basieren.
- Sie übernehmen die Rolle des **Ratgebers.** Sie werden die Akzeptanz Ihrer Ratschläge sicher erhöhen, wenn der Patient den Eindruck hat, dass Sie Ihr Leben selbst danach gestalten.

1.2.1 Gesprächstechniken

Empathie (Einfühlungsvermögen)

Empathie ist die Fähigkeit, die Gefühle, Gedanken und Bedürfnisse des Gegenübers zu erfassen, ohne diese notwendigerweise zu teilen. Dabei ist wichtig, dass dieses Verständnis mitgeteilt und so vom anderen wahrgenommen wird.

Empathische Ärzte erfahren mehr Symptome, stellen genauere Diagnosen, erhöhen die Zufriedenheit und Compliance bei ihren Patienten und verbessern so das Behandlungsergebnis.

Eine empathische Gesprächsführung setzt eine patientenorientierte Gesprächsführung voraus. Folgende Eckpunkte sind dafür wichtig:

- die verbale Kommunikation
- die non-verbale Kommunikation
- die Gesprächsstruktur

Benutzen Sie kurze klare Sätze und vermeiden Sie komplizierte Formulierungen.

Die verbale Kommunikation

- Ihre Sprache sollte dem Patienten angepasst und verständlich sein (kein Fachjargon oder Fachausdrücke).
- Verzichten Sie bitte auf zu lange und komplizierte Sätze.
- Der Tonfall sowie die Lautstärke und Sprechgeschwindigkeit sollen der Situation angepasst werden.

Die non-verbale Kommunikation

Die emotionale Beziehung zwischen Arzt und Patient basiert in erster Linie auf der non-verbalen Kommunikation. Die Haltung ist dem Patienten zugewandt und angepasst. Durch Nicken und Äußerungen wie „ja“ oder „hm“ sowie Blickkontakt wird das aktive Zuhören deutlich gemacht. Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- *Verbalisieren von Emotionen:*
  - Sie sehen sehr traurig aus.
  - Was bedrückt Sie?
  - Sie scheinen Angst vor der Untersuchung zu haben?
  - Sie sind skeptisch, ob das funktioniert?
- *Körperhaltung:* Nehmen Sie eine ruhige Körperhaltung ein und vermeiden Sie alle Signale der Anspannung.
- *Körperkontakt:* Körperkontakt ist ein sehr wichtiges und wirksames Vehikel, um Empathie und Zuneigung auszudrücken. Achten Sie jedoch bitte auf einen angemessenen Körperkontakt und respektieren Sie individuelle Grenzen.
- *Nähe:* Die körperliche Distanz zwischen Arzt und Patient spiegelt auch die affektive Beziehung wider. Achten Sie daher auf einen angemessenen Abstand zwischen Ihnen und dem Patienten.
- *Blickkontakt:* Versuchen Sie, während des Gesprächs und der Dokumentation der Patienteninformationen Blickkontakt zu halten.
- *Gesichtsausdruck:* Achten Sie auf den Gesichtsausdruck des Patienten. Dieser spiegelt sein Empfinden wider. Verbalisieren Sie diese Gefühle und sprechen Sie diese offen an.

Halten Sie Blickkontakt während des Gesprächs.

Gesprächsstruktur

- Achten Sie bitte auf eine klare Strukturierung des Gesprächs mit den Phasen: Problemexploration – Rückmeldung – Lösungsstrategien.
- Machen Sie bitte deutlich, wenn Sie einen Themenwechsel planen („Ich würde nun gerne mit Ihnen über die medikamentöse Behandlung sprechen.“).
- Tolerieren Sie Pausen des Patienten bzw. unterbrechen Sie den Patienten in einer angemessenen Art, wenn dies notwendig ist (z. B. bei Logorrhoe/Redefluss).

Beginn des Gesprächs

Begrüßen Sie den Patienten und stellen Sie sich vor.

- Stehen Sie bitte auf, begrüßen Sie den Patienten herzlich und geben Sie ihm die Hand, während Sie Blickkontakt halten.
- Sprechen Sie den Patienten mit Namen an (wenn möglich immer wieder während des gesamten Gesprächs).
- Stellen Sie sich vor (mit Titel und Funktion).
- Schaffen Sie eine angenehme Gesprächsatmosphäre (z. B. „Bitte nehmen Sie Platz.“).
- Verbalisieren Sie zu allererst das Gesprächsziel (z. B. „Ich möchte von Ihnen gerne Informationen über Ihre bisherige Krankengeschichte erfahren.“).

Während des Gesprächs

Achten Sie auf Wünsche des Patienten und berücksichtigen Sie diese in Ihrem Gespräch. Folgende Tipps können Sie dabei unterstützen:

1. Aktives Zuhören – „Der Arzt hört mir wirklich zu“:
   - Signalisieren Sie Ihre Aufmerksamkeit (Blickkontakt, „hm“, Nicken).
   - Klären Sie unklare Äußerungen („Habe ich Sie richtig verstanden, dass …?“).
   - Paraphrasieren/Umschreiben und Rückmelden der Sachverhalte, die vom Patienten beschrieben werden („Sie haben also Probleme mit den Arbeitskollegen.“)

Bitten Sie den Patienten höflich, Ihre Anweisungen zu befolgen. Geben Sie ihm nicht das Gefühl, dass Sie Befehle erteilen.

- Stellen Sie zunächst offene Fragen („Wie geht es Ihnen?“, „Was liegt an?“, „Wie kann ich Ihnen helfen?“). Anschließend können Sie durch detailliertes Nachfragen das Problem konkretisieren.

2. Umgang mit Gefühlen – „Der Arzt versteht meine Gefühle und nimmt sie ernst“:
   - Signalisieren Sie Ihre Unterstützung („Ich kann gut verstehen, dass Sie das belastet.“)
   - Sprechen Sie die Gefühle des Patienten an („Ich habe den Eindruck, dass Sie Schwierigkeiten haben, darüber zu sprechen.“, „Ich habe das Gefühl, dass Sie das sehr belastet.“).
   - Verstärken Sie Ihr Verständnis non-verbal (Nicken, „hm“).
3. Rückmeldung – „Der Arzt erklärt mir alles verständlich“:
   - Fassen Sie bitte das, was Sie im Gespräch erfahren haben, und die eigene Einschätzung zusammen („So wie ich Sie verstanden habe, ist es so, dass …“, „Das kann daran liegen, dass …“).
   - Prüfen Sie bitte, ob der Patient alles verstanden hat („Konnte ich Ihnen das Problem verständlich machen?“).
4. Lösungsstrategien – „Der Arzt erarbeitet mit mir sinnvolle Lösungen“:
   - Erarbeiten Sie gemeinsam mit dem Patienten Lösungen („Was denken Sie, was jetzt für Sie richtig ist?“)
   - Holen Sie das Einverständnis des Patienten ein („Sind Sie mit meinem Vorschlag einverstanden?“)
   - Überrumpeln Sie den Patienten nicht. Versuchen Sie keinen „Teppich zu verkaufen“.
5. Unterstützung zeigen – „Der Arzt macht mir Hoffnung und Mut“:
   - Vermitteln Sie Ihre Zuversicht – wenn angemessen! („… ist gut behandelbar“).
   - Normalisieren Sie die Situation des Patienten („Den meisten Menschen würde es in Ihrer Lage so gehen.“, „Sie sind damit nicht alleine.“).

Ende des Gesprächs

- Erklären Sie dem Patienten, welche Schritte auf ihn zukommen und wie es weitergeht.
- Fragen Sie den Patienten, ob er noch Fragen oder Anregungen für Sie hat.
- Bieten Sie dem Patienten die Kontaktaufnahme mit Ihnen an, falls er weitere Fragen oder Sorgen bezüglich der anstehenden Behandlung hat.
- Stehen Sie bitte auf, verabschieden Sie sich von dem Patienten und geben Sie ihm die Hand, während Sie Blickkontakt halten.

1.3 Die Arzt-Arzt-Kommunikation

Tipps für das Arzt-Arzt-Gespräch: Wenn Sie mit Ihrem Vorgesetzten (Ober-/Chefarzt) sprechen wollen, achten Sie auf den passenden Moment.

Für die Sicherung der Kontinuität der Patientenversorgung ist eine suffiziente Arzt-Arzt-Kommunikation unabdingbar. Diese Kommunikation kann verbal oder schriftlich erfolgen.
Im Folgenden sind einige Tipps für eine erfolgreiche Arzt-Arzt-Kommunikation aufgeführt.

- Achten Sie auf eine formelle Begrüßung des ärztlichen Kollegen und vergessen Sie den Titel dabei nicht (z. B. Professor, Doktor).
- Ärzte in deutschen Kliniken arbeiten in der Regel unter Zeitdruck. Passen Sie Ihr Gespräch daher an die Ihnen zur Verfügung stehende Zeit an.
- Bereiten Sie Ihr Gespräch vor. Beachten Sie dabei folgende Punkte:
  - Welche Informationen möchten Sie mitteilen?
  - Welches Ziel hat das Gespräch?
- Manchmal ist es günstiger, dem Gesprächspartner das Ziel des Gesprächs am Beginn der Kontaktaufnahme mitzuteilen.
- In diesem Gespräch können Sie Fachausdrücke verwenden. Achten Sie darauf, dass einige niedergelassene Hausärzte bestimmte fachspezifische Begriffe nicht verstehen, da sie in der Regel eine allgemeinmedizinische Ausbildung absolviert hatten.

Ausführliche Informationen über die verbale Arzt-Arzt-Kommunikation finden Sie im Abschnitt „Fachkompetenz Patientenvorstellung“ (➢ Kap. 3.3). Die schriftliche Arzt-Arzt-Kommunikation ist im Abschnitt „Fachkompetenz Schreiben von Arztbriefen“ (➢ Kap. 3.5) detailliert beschrieben.

Weitere Hinweise zur Arzt-Arzt-Kommunikation finden Sie in den Kapiteln 3.3 und 3.5

1.4 Die interprofessionelle Kommunikation

Für eine adäquate umfassende Patientenbetreuung in den Kliniken ist die Kommunikation zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen unerlässlich. Mindestens einmal pro Tag sollte sich der Arzt mit dem Pflegepersonal, den Physiotherapeuten, den Ergotherapeuten sowie allen anderen Berufsgruppen, die den Patienten mitbetreuen, austauschen.

Da der Tagesablauf des Arztes von vielen Faktoren (z. B. Notfälle etc.) abhängig ist und jede Berufsgruppe ihre eigenen Arbeitsabläufe hat, sind Austauschgespräche zu festen Zeiten (z. B. bei der Arztvisite) sinnvoll. Anhand der Dokumentationen dieser Berufsgruppen kann der Arzt sich weitgehend über den Zustand und die Fortschritte des Patienten informieren.

Im Folgenden sind einige Tipps für eine erfolgreiche interprofessionelle Kommunikation aufgeführt:

- Achten Sie auf eine formelle Begrüßung.
- Gehen Sie mit den Kollegen anderer Berufsgruppen respektvoll und höflich um.
- Achten Sie auf die non-verbale Kommunikation und erklären Sie verwendete Fachausdrücke, falls es nötig ist.
- Fragen Sie die Teamkollegen nach Ihrer Meinung über die Fortschritte der Therapie und versuchen Sie sie in den Behandlungsplan mit einzubeziehen.

Tipps für eine erfolgreiche interprofessionelle Kommunikation: Zur Vermeidung von Missverständnissen machen Sie sich mit den Zuständigkeiten jeder Berufsgruppe vertraut.

KAPITEL

2 Patientenkommunikationstest (PKT)

2.1 Einführung

Der Patientenkommunikationstest (PKT) wurde an der Freiburg International Academy entwickelt und richtet sich an ausländische Ärztinnen und Ärzte, die ihre Approbation in Deutschland erhalten möchten. Mit dem Patientenkommunikationstest werden die fachsprachlichen und kommunikativen Kompetenzen im Kontext ärztlicher Handlungsfelder überprüft. Der Test erfüllt die bundeseinheitlichen Anforderungen an Sprachtests zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in akademischen Heilberufen, die im Juni 2014 von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder beschlossen wurden. Er orientiert sich an der Niveaustufe C1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens. Voraussetzung für die Teilnahme am Patientenkommunikationstest ist ein Nachweis der allgemeinen Deutschkenntnisse auf dem Niveau B2.

2.2 Ziele des PKT

Mit bestandener Prüfung weisen Teilnehmende nach, dass sie über die zur Berufsausübung erforderlichen fachsprachlichen und kommunikativen Kompetenzen verfügen. Das bedeutet im Einzelnen, dass

- die Teilnehmenden ihre Patientinnen und Patienten inhaltlich ohne wesentliche Rückfragen verstehen und sich spontan und fließend verständigen;
- die Teilnehmenden in der Lage sind, sorgfältig Patientinnen und Patienten über erhobene Befunde sowie die verschiedenen Aspekte des weiteren Verlaufs zu informieren und Vor- und Nachteile einer geplanten Maßnahme sowie alternativer Behandlungsmöglichkeiten zu erklären, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen;
- die Teilnehmenden sich so klar und detailliert ausdrücken, dass bei Patientenvorstellungen sowie ärztlichen Anordnungen und Weisungen Missverständnisse sowie hierauf beruhende Fehldiagnosen, falsche Therapieentscheidungen und Therapiefehler ausgeschlossen sind;
- die Teilnehmenden sich schriftlich so klar ausdrücken, dass die schriftliche Dokumentation und die Ausstellung von ärztlichen Bescheinigungen ordnungsgemäß erfolgen kann.

2.3 Inhalte des PKT

Der Patientenkommunikationstest besteht aus insgesamt vier Prüfungsteilen, je zwei schriftlichen Gruppenprüfungen und zwei mündlichen Einzelprüfungen.

2.3.1 Schriftliche Gruppenprüfungen

Der Prüfungsteil I dient der Überprüfung des Hörverstehens. Hier entnehmen die Teilnehmenden einem gehörten Anamnesegespräch Informationen und dokumentieren diese in einem Ana-

Prüfungsteil 1: Anamnese	**Dauer: 20 Minuten**
Arzt-Patienten-Kommunikation	**schriftliche Gruppenprüfung**
Inhalt	Hören eines Anamnesegesprächs und Ausfüllen eines Anamnesebogens
Prüfungsziel	Überprüfung: • der rezeptiven Fertigkeiten (Hörverstehen) • der selektiven und detaillierten Informationsentnahme
Prüfungsteil 2: Kurzarztbrief	**Dauer: 30 Minuten**
Arzt-Arzt-Kommunikation	**schriftliche Gruppenprüfung**
Inhalt	Verfassen eines Kurzarztbriefes anhand einer schriftlich vorliegenden Patienteninformation
Prüfungsziel	Überprüfung: • der produktiven Fertigkeiten (schriftlicher Ausdruck) • der Fähigkeit einen strukturierten Text zu verfassen • der Anwendung fachsprachlicher Register
Prüfungsteil 3: Patientenvorstellung	**Dauer: 20 Minuten**
Arzt-Arzt-Kommunikation	**mündliche Einzelprüfung**
Inhalt	Strukturierte Wiedergabe von Anamnesedaten an einen Oberarzt anhand einer schriftlich vorliegenden Patienteninformation
Prüfungsziel	Überprüfung • der mündlichen Produktion • der Fähigkeit gegebene Informationen zu strukturieren • des adressatengerechten mündlichen Sprachverhaltens • des medizinischen Aspekts „Musterwissen Patientenvorstellung“
Prüfungsteil 4: Patientenaufklärung	**Dauer: 50 Minuten**
Arzt-Patienten-Kommunikation	**mündliche Einzelprüfung**
Inhalt	Aufklärung eines Patienten über sein Krankheitsbild und den bevorstehenden Eingriff mit Erläuterung der Behandlungsmethode sowie der Vor- und Nachteile
Prüfungsziel	Überprüfung • der rezeptiven und produktiven Fertigkeiten • der Fähigkeit, einen komplexen medizinischen Sachverhalt zu verstehen • der Fähigkeit, einen komplexen schriftsprachlichen Sachverhalt in laienverständliche mündliche Sprache zu übertragen • des medizinischen Aspekts „Musterwissen Patientenaufklärung“

Abb. 2.1 Überblick über den Aufbau des Patientenkommunikationstests [T756]

mnesebogen. Im Prüfungsteil II wird der schriftliche Ausdruck getestet, indem aus stichwortartigen Patienteninformationen ein Kurzarztbrief verfasst wird. Dadurch wird die schriftliche Arzt-Arzt-Kommunikation evaluiert.

2.3.2 Mündliche Einzelprüfungen

In den mündlichen Einzelprüfungen werden die fachsprachlichen und kommunikativen Kompetenzen anhand simulierter authentischer Situationen aus dem ärztlichen Berufsalltag unter Einsatz von trainierten Schauspiel-Patienten überprüft. In Teil III fassen die Teilnehmenden schriftliche Informationen zur Krankengeschichte eines Patienten zusammen und stellen diese einem Schauspiel-Oberarzt vor. Dadurch wird die verbale Arzt-Arzt-Kommunikation evaluiert. Der Prüfungsteil IV dient der Überprüfung der verbalen Arzt-Patienten-Kommunikation sowie des Leseverstehens. Hier stehen die Probanden vor der Aufgabe, einen Schauspiel-Patienten anhand eines standardisierten Aufklärungsbogens über einen bevorstehenden operativen Eingriff aufzuklären.

➢ Abb. 2.1 gibt einen Überblick über den Aufbau des Tests, die einzelnen Prüfungsteile und den zeitlichen Ablauf.

2.4 Bewertung des PKT

Beim Patientenkommunikationstest handelt es sich um eine fachsprachliche kommunikative Prüfung. Dies spiegelt sich im Bewertungssystem wider, in dem die Performanz der Teilnehmer nach sprachlichen und kommunikativen Kriterien beurteilt wird. Das Fachwissen wird nicht bewertet.

Die Bewertung des Patientenkommunikationstests wird von zwei lizenzierten Prüfern, jeweils einem ärztlichen Prüfer und einem aus dem Bereich Deutsch als Fremdsprache, durchgeführt. Beide müssen eine Prüferqualifizierung zur Bewertung des PKT erfolgreich durchlaufen haben. Die Bewertung erfolgt separat für jeden Prüfungsteil anhand von Bewertungskriterien, die die spezifischen fachsprachlichen und kommunikativen Anforderungen der einzelnen Prüfungsteile abbilden und sich an den Niveaustufen des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens orientieren. Um die Gesamtprüfung Patientenkommunikationstest zu bestehen, ist das Bestehen der jeweiligen Prüfungsteile notwendig.

Ein Beispiel für einen Patientenkommunikationstest zum Thema „Malignes Melanom“ ist in ➢ Abb. 2.2 dargestellt.

Musterprüfung (Auszug aus dem Aufgabenheft)

Prüfungsteil 1: Anamnese

In diesem Prüfungsteil hören Sie ein Anamnesegespräch. Mit diesen Informationen sollen Sie den unten stehenden Dokumentationsbogen ausfüllen.

Lesen Sie bitte zunächst den unten stehenden Dokumentationsbogen.
Hören Sie dann das Anamnesegespräch.
Füllen Sie den Dokumentationsbogen **während des Hörens** aus.
Schreiben Sie nur **Stichwörter** und verwenden Sie die **Fachsprache**.

Prüfungsteil 2: Kurzarztbrief

In diesem Prüfungsteil sollen Sie einen Kurzarztbrief verfassen. Hierzu liegt Ihnen eine Patienteninformation mit Angaben zur Krankengeschichte sowie zum Behandlungsverlauf vor.

Fallbeschreibung:
Sie sind die zuständige Ärztin/der zuständige Arzt auf einer Station der Klinik für Dermatologie. Sie haben eine Patientin/einen Patienten wegen eines malignen Melanoms behandelt und entlassen sie/ihn jetzt nach Hause.

Schreiben Sie bitte einen Kurzarztbrief an den behandelnden Hausarzt.
Im Folgenden finden Sie hierzu ein mögliches Beispiel für eine Patienteninformation und eine Vorlage für den Kurzarztbrief.
Schreiben Sie **vollständige Sätze** und achten Sie auf eine **übersichtliche Struktur**.

Persönliche Daten:

- Michaela Mustermann
- Geburtsdatum: 02.07.1950

Diagnose:

- malignes Melanom am rechten Unterarm

Vorerkrankungen:

- koronare Herzkrankheit bei Zustand nach Herzinfarkt vor drei Jahren
- arterielle Hypertonie

Abb. 2.2 Musterprüfung – Malignes Melanom [T756]

Aktuelle Anamnese:

- Hautläsion am rechten Unterarm, in der Größe zunehmend
- primär aufgefallen vor sechs Monaten
- keine Schmerzen, keine weiteren Beschwerden
- Hautbiopsie beim niedergelassenen Dermatologen; Befund: malignes Melanom
- stationäre Einweisung in die Klinik zur weiteren Therapie
- ausführliche Anamnese wird als bekannt vorausgesetzt

Verlauf I:

- Vorstellung in der Klinik
- Behandlungsplan: operative Entfernung des Melanoms in Lokalanästhesie
- Aufklärung der Patientin über den Eingriff
- Einwilligung der Patientin erhalten

Operation am 07.03.2012:

- Vollständige Entfernung des Melanoms in Lokalanästhesie

Verlauf II:

- Diagnose: malignes Melanom, durch histologische Untersuchung bestätigt
- Komplikationen, postoperativ: keine
- Mobilisierung der Patientin am Operationstag
- Entlassung der Patientin ohne Schmerzen

Medikation:

- ASS 100 mg Pause
- Metoprolol 95 mg 1-0-0
- Simvastatin 40 mg 0-0-1

Therapievorschlag:

- Entlassung der Patientin in ambulante Betreuung
- Wundkontrollen: regelmäßig
- Entfernung der Fäden am 10. postoperativen Tag
- Termin für ambulante Wiedervorstellung am 30.03.2012, 10:00 Uhr

Prüfungsteil 3: Patientenvorstellung

In diesem Prüfungsteil sollen Sie Ihrer Oberärztin/Ihrem Oberarzt einen Patientenfall vorstellen. Auf der nächsten Seite finden Sie hierzu ein Beispiel für eine Patienteninformation.

Abb. 2.2 (Forts.) Musterprüfung – Malignes Melanom [T756]

Fallbeschreibung:
Sie sind die zuständige Ärztin/der zuständige Arzt auf einer Station der Klinik für Dermatologie. Sie haben einen Patientenfall vorliegen. Die Patientin/der Patient hat ein in der Größe zunehmendes malignes Melanom. Diese Diagnose wurde bereits bei einem niedergelassenen Dermatologen histologisch gesichert.

Vorbereitung:

- Lesen Sie zunächst die Patienteninformation.
- Markieren Sie die für Ihre Patientenvorstellung **wichtigen Informationen**.
- **Lassen Sie unwichtige Angaben weg.**
- Achten Sie darauf, dass Ihre Patientenvorstellung **gut strukturiert** ist.

Durchführung:

- Stellen Sie Ihrer Oberärztin/Ihrem Oberarzt den Patientenfall vor.
- Gehen Sie auf Fragen der Oberärztin/des Oberarztes ein.

Patienteninformation

- Michaela Mustermann
- geboren am 2. Juli 1950 in Düsseldorf
- verheiratet mit einem Versicherungskaufmann
- zwei Töchter im Alter von 40 und 44 Jahren, beide gesund
- berufliche Tätigkeit vor dem Herzinfarkt: Erzieherin im Kindergarten
- nach dem Herzinfarkt: Umschulung zur Sekretärin
- jetzige Tätigkeit: Sekretärin bei einem Steuerberater
- erste Symptome: Vergrößerung eines Muttermals am rechten Unterarm seit etwa sechs Monaten
- Blutentnahme durch den Hausarzt: keine Auffälligkeiten
- keine Schmerzen, keine weiteren Beschwerden
- Entnahme einer Hautprobe bei Hautarzt, Befund: malignes Melanom
- nach dem Herzinfarkt zunächst mit dem Rauchen aufgehört, nach einigen Wochen aber wieder damit angefangen
- raucht aktuell 20–30 Zigaretten pro Tag und trinkt ab und zu ein Glas Wein
- keine Allergien
- keine weiteren Veränderungen beobachtet
- nimmt zurzeit morgens eine Tablette Metoprolol 95 mg, abends eine Tablette ASS 100 mg und eine Tablette Simvastatin 40 mg
- Herzinfarkt vor drei Jahren, Behandlung mit einem Stent
- Nach Herzinfarkt drei Wochen Rehabilitation, Schmieder-Klinik Allensbach am Bodensee
- leidet an Bluthochdruck und Hypercholesterinämie

Abb. 2.2 (Forts.) Musterprüfung – Malignes Melanom [T756]

- kein Diabetes und keine weiteren Erkrankungen
- als Kind alle Kinderkrankheiten gehabt, erinnert sich besonders an die Windpocken
- älteste von drei Geschwistern, wenig Kontakt zu den Geschwistern
- hat gehört, dass die Schwester herzkrank ist
- Mutter: 95 Jahre, seit Schlaganfall vor zwei Jahren im Pflegeheim
- Mutter: leidet an Diabetes und Bluthochdruck
- Vater: Fabrikarbeiter, schwer gearbeitet; verstarb plötzlich, vermutlich nach Herzinfarkt
- Behandlungsplan: operative Entfernung des Melanoms in lokaler Betäubung

Prüfungsteil 4: Patientenaufklärung

In diesem Prüfungsteil sollen Sie mit einer Patientin/einem Patienten ein Aufklärungsgespräch über eine bevorstehende Operation führen. Nutzen Sie hierzu das Patientenaufklärungsblatt.

Fallbeschreibung:
Sie sind die zuständige Ärztin/der zuständige Arzt auf einer Station der Klinik für Dermatologie. Sie haben eine Patientin/einen Patienten aufgenommen. Sie/Er hat ein in der Größe zunehmendes malignes Melanom. Diese Diagnose wurde bereits bei einem niedergelassenen Dermatologen histologisch gesichert. Für den nächsten Tag ist eine operative Entfernung des Melanoms in lokaler Betäubung geplant.

Vorbereitung:

- Lesen Sie zunächst das Patientenaufklärungsblatt.
- Bereiten Sie ein Aufklärungsgespräch mit der Patientin/dem Patienten vor.
- Achten Sie darauf, dass Ihre Aufklärung **strukturiert** und **vollständig** ist.

Durchführung:

- Führen Sie mit der Patientin/dem Patienten ein Aufklärungsgespräch.
- Achten Sie darauf, dass Sie die medizinischen Fachbegriffe für die Patientin/den Patienten verständlich erklären.
- Nennen Sie auch die alternativen Behandlungsmethoden.
- Gehen Sie auf Fragen der Patientin/des Patienten ein.

Abb. 2.2 (Forts.) Musterprüfung – Malignes Melanom [T756]

KAPITEL

3 Ärztliche Fachkompetenzen

Die Aufgaben eines Arztes liegen in der Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten und Verletzungen. Diese Aufgaben der Patientenversorgung werden durch ein interprofessionelles Team bewältigt. Der Patient steht hierbei im Mittelpunkt.

Der Arzt muss über bestimmte Fachkompetenzen verfügen, um die genannten Aufgaben durchführen zu können. Zusätzlich zu den medizinischen Fachkenntnissen sollte er in der Lage sein, eine suffiziente Anamnese zu erheben, eine komplette Untersuchung durchzuführen, den vorliegenden Fall darzustellen und den Patienten über weitere Maßnahmen aufzuklären. Anschließend soll er in der Lage sein, die festgestellte Diagnose, den Krankheitsverlauf, die begonnene Behandlung und seine Empfehlung zu dokumentieren und dem weiterbehandelnden Arzt mitzuteilen.

Folgende Fachkompetenzen im Bereich der Kommunikation stellen die Grundanforderung an einen klinisch tätigen Arzt dar:

- Anamneseerhebung
- Klinische Untersuchung
- Patientenvorstellung
- Patientenaufklärung
- Schreiben von Arztbriefen

In den folgenden Kapiteln wird jede Fachkompetenz mit den dazugehörenden Vorgehensweisen und Leitsätzen vorgestellt. Die Performance soll anschließend in einer Schulung oder gegebenenfalls in der Klinik unter Supervision trainiert werden.

3.1 Fachkompetenz Anamneseerhebung

Wichtig bei einem Anamnesegespräch sind die gute Vorbereitung, eine zugewandte Gesprächsführung und die genaue Dokumentation der krankheitsrelevanten Informationen (➢ Abb. 3.1).

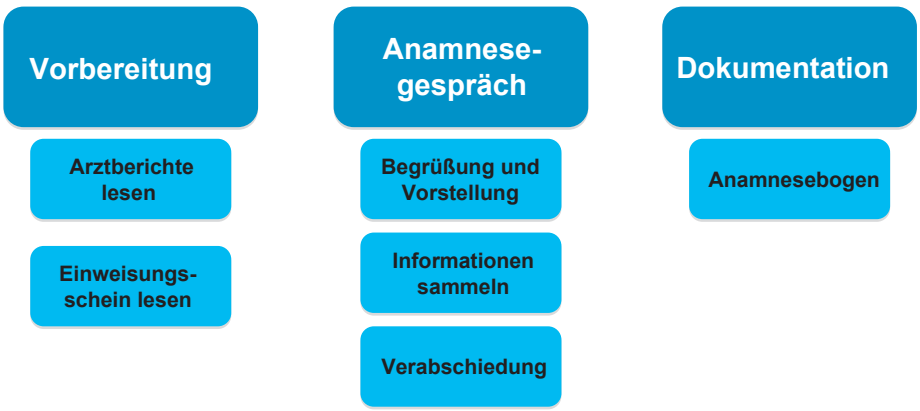


Abb. 3.1 Übersicht über den Ablauf der Anamneseerhebung [M947]

Es ist günstiger, wenn der Patient neben dem Schreibtisch sitzt, sodass der Schreibtisch vom Patienten nicht als Barriere empfunden wird.

3.1.1 Vorbereitung

1. Suchen Sie einen ruhigen Ort (z. B. Untersuchungszimmer).
2. Bereiten Sie sich auf das Anamnesegespräch vor. Lesen Sie bitte dafür die mitgebrachten Arztberichte durch. In der Regel bringt jeder Patient zur stationären Aufnahme einen Einweisungsschein mit Vorbefunden vom Hausarzt mit.

Fragen Sie den Patienten, ob es ihm recht ist, dass Angehörige bei dem Anamnesegespräch dabei sind.

3.1.2 Anamnesegespräch

Vorstellung und Begrüßung

1. Stellen Sie sich vor. Nennen Sie Ihren Namen mit Titel sowie Ihre Funktion.
2. Fragen Sie den Patienten nach seinem Namen.
3. Halten Sie Blickkontakt mit dem Patienten.
4. Vermeiden Sie medizinische Fachausdrücke.

Informationen sammeln

Achten Sie darauf, dass arterielle Hypertonie und Hypercholesterinämie vom Patienten oft nicht als Krankheit angesehen werden. Fragen Sie daher explizit nach allen Risikofaktoren.

1. **Aktuelle Beschwerden:** Der Fokus dieses Gesprächs liegt auf den aktuellen Beschwerden, welche den Patienten veranlasst haben, ins Krankenhaus zu kommen (Leitsymptom).
2. **Persönliche Anamnese (Vorerkrankungen):** Hier sollen Sie sämtliche Vorerkrankungen und vorangegangene Operationen sowie Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Alkohol) erfassen.
3. **Systemanamnese und Risikofaktoren:** Sie stellen allgemeine Fragen zu den bekannten Körpersystemen sowie Lebensgewohnheiten.
4. **Medikamente und Allergien:** Fragen Sie den Patienten, ob bei ihm Allergien oder Unverträglichkeiten bestehen. Allergien gegen Kontrastmittel oder Medikamente sind hierbei von besonderer Bedeutung. Fragen Sie nach den regelmäßig eingenommenen Medikamenten und vergessen Sie nicht, nach den Bedarfsmedikamenten zu fragen.
5. **Sozialanamnese:** In diesem Teil des Anamnesegesprächs fragen Sie den Patienten nach seinem Familienstand, seiner sozialen Situation, seinem Beruf und gegebenenfalls nach den Arbeitsplatzbedingungen. Stellen Sie außerdem sicher, dass nach der Entlassung die weitere Versorgung zu Hause gewährleistet ist.
6. **Familienanamnese:** Hierbei sollen relevante Erkrankungen der Familienmitglieder erfasst werden. Stellen Sie insbesondere Fragen zum Vorkommen von Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, Myokardinfarkten oder Apoplexen in der Familie.

Verabschiedung

Als Rückmeldung können Sie die wichtigsten Informationen zusammenfassen und vom Patienten bestätigen oder gegebenenfalls ergänzen lassen. Besprechen Sie anschließend mit dem Patienten, wie Sie weiter vorgehen wollen.

3.1.3 Dokumentation

Die Dokumentation sämtlicher Beschwerden der Patienten erfolgt anhand klinikspezifischer Patientenaufnahmebögen (➔ Abb. 3.2). Einige Kliniken und Praxen verwenden hierfür auch digitale Dokumentationsprogramme. In Abschnitt 3.1.4 finden Sie einen ausgefüllten Anamnesebogen für das Fallbeispiel „Angina pectoris“ (➔ Abb. 3.3).

Anamnesebogen

Persönliche Daten:

Nachname: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Gewicht: **Größe:**

Jetziges Leiden:
- Lokalisation und Ausbreitung:
- Qualität:
- Schweregrad:
- Zeitliches Auftreten:
- Verstärkung oder Linderung:
- Auslösende Faktoren:
- Begleitsymptomatik:

Vorerkrankungen:
- Herz und Kreislauf
- Nerven, Sinnesorgane, Psyche
- Lunge
- Niere
- Verdauungstrakt und Stoffwechsel
- Bluterkrankungen
- Bewegungsapparat
- Maligne Erkrankungen
- Infektionen, Impfungen
- Operationen

Vegetative Anamnese:
- Appetit/Durst
- Gewicht
- Stuhlgang und Wasserlassen
- Fieber, Schüttelfrost
- Nachtschweiß
- Schlaf

Lebensgewohnheiten:
- Nikotin
- Alkohol/Drogen
- Sport

Medikation:

Allergie/Unverträglichkeiten

Familienanamnese:
- Eltern
- Geschwister
- Kinder

Soziale Anamnese:
- Beruf
- Arbeitsunfähigkeit
- Partnerschaft und Wohnverhältnisse:

Abb. 3.2 Beispiel für einen Anamnesebogen [T756]

3.1.4 Vokabular und Leitsätze

Kontaktaufnahme

Vorstellung und Begrüßung

Schauen Sie den Patienten an, stellen Sie sich vor und geben Sie ihm die Hand. Erst danach erklären Sie ihm, wie Sie weiter vorgehen werden.

Guten Tag!
Guten Abend!
Mein Name ist …
Ich bin Dr. …
Ich bin ein ausländischer Arzt.
Verstehen Sie mich?
Ich habe Sie nicht verstanden.
Könnten Sie das bitte langsamer wiederholen?
Entschuldigen Sie bitte.
Ich möchte gerne etwas über Ihre Krankheit erfahren.
Sind Sie damit einverstanden?
Ist Ihnen das recht?
Haben Sie Zeit?

Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht richtig verstanden haben.

Name und Adresse

Wie heißen Sie?
Wo wohnen Sie?
Wie lautet Ihre Telefonnummer?

Krankenversicherung

Haben Sie eine Krankenversicherung?
Haben Sie eine Zusatzversicherung?
Sind Sie privat oder gesetzlich versichert?
Bei welcher Versicherungsgesellschaft sind Sie versichert?

Alter und Geburtsdatum

Wie alt sind Sie?
Wann wurden Sie geboren?

Einweisender Arzt

Welcher Arzt hat Sie in unsere Klinik eingewiesen?
Wer ist Ihr Hausarzt?

Leitsätze zu den einzelnen Fachgebieten sind in Kap. 7.1 zusammengefasst.

Aktuelle Beschwerden

Einweisungsgrund (Leitsymptom)

Warum suchen Sie einen Arzt auf?
Warum sind Sie stationär in unsere Klinik eingewiesen worden?
Warum sind Sie ins Krankenhaus gekommen?
Was ist der Grund für Ihren ambulanten Besuch?

Aktuelle Beschwerden

Was kann ich für Sie tun?
Was führt Sie zu uns?
Was ist Ihr Problem?
Welche Beschwerden haben Sie?
Was ist Ihnen passiert?
Wie ist es zu dem Unfall gekommen?
Was verursacht im Moment die meisten Beschwerden?
Haben Sie noch weitere Beschwerden?
Haben Sie Schmerzen?

Schmerzen

Auftreten der Schmerzen

Seit wann haben Sie die Schmerzen?
Wie haben die Schmerzen begonnen? Plötzlich oder langsam zunehmend?
Was haben Sie zuerst bemerkt?
Wie haben sich die Schmerzen im Laufe der Zeit verändert?
Ist der Schmerz dauerhaft oder tritt er nur hin und wieder auf?
Wie häufig tritt der Schmerz auf?
Wie lange dauert der Schmerz an?
Hatten Sie diese Art von Schmerzen schon einmal? Wenn ja, wann?

Stärke der Schmerzen

Wie stark ist der Schmerz auf einer Schmerzskala von „1“ bis „10“, wenn „1“ ein „leichter Schmerz“ und „10“ ein „unerträglicher Schmerz“ ist?

Qualität der Schmerzen

Wie ist der Schmerz? Ist er stechend, dumpf, brennend, pulsierend, dauerhaft oder krampfartig?

Lokalisation der Schmerzen

Wo tut es Ihnen weh?
Wandert der Schmerz vom Ausgangspunkt zu einem anderen Körperteil?
Strahlt der Schmerz aus?
Wohin strahlt der Schmerz aus?

Beschreibung der Schmerzen

Gibt es etwas, das den Schmerz bessert oder verschlimmert?
Wie verhält sich der Schmerz, wenn Sie Ihre Körperhaltung verändern?
Wie verhält sich der Schmerz bei Wärme oder Kälte?
Wie verhält sich der Schmerz in Ruhelage oder bei Belastung?

Persönliche Anamnese (Vorerkrankung)

Allgemeinzustand

Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen?

Krankheitsgefühl

Fühlen Sie sich krank oder erschöpft?

Schlaf

Schlafen Sie gut?
Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen?

Vorerkrankungen

Hatten Sie diese Beschwerden bereits einmal?
Welche Diagnose wurde damals gestellt?
Hatten Sie einmal ähnliche Beschwerden?
Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?
Wurden Sie schon einmal operiert?

Chronische Erkrankungen

Leiden Sie unter einer chronischen Krankheit?
Leiden Sie unter einer ansteckenden Krankheit?
Leiden Sie unter einer bösartigen Krankheit?
Leiden Sie an Bluthochdruck?
Haben Sie eine Blutzuckerkrankheit?
Hatten Sie bestimmte Kinderkrankheiten?

Risikofaktoren

Haben Sie erhöhte Blutfettwerte?
Haben Sie erhöhte Cholesterinwerte?
Wie viel wiegen Sie?
Wie groß sind Sie?
Wie ernähren Sie sich normalerweise?
Wie viel Liter Wasser trinken Sie gewöhnlich pro Tag?
Wie viele koffeinhaltige Getränke nehmen Sie gewöhnlich pro Tag zu sich?
Trinken Sie Alkohol?
Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag?
Wie viel Alkohol können Sie vertragen?
Nehmen Sie Drogen?
Besteht eine Drogenabhängigkeit?
Rauchen Sie?
Seit wann rauchen Sie und wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

B-Symptomatik (Entzündungs-/Malignomzeichen)

Hatten Sie Fieber oder Schüttelfrost?
Schwitzen Sie stark oder leiden Sie unter Nachtschweiß?
Haben Sie in letzter Zeit stark zugenommen?
Haben Sie in letzter Zeit stark abgenommen?

Sportliche Aktivitäten

Treiben Sie Sport?
Welchen Sport treiben Sie?

Kinderkrankheiten und Impfung

Sind Sie gegen … geimpft?

Sind Sie gegen Hepatitis A oder B geimpft?
Sind Sie gegen Kinderkrankheiten geimpft?
Haben Sie einen Impfpass?

Blutspende

Sind Sie Blutspender?
Haben Sie einen Blutspendeausweis?
Haben Sie bereits einmal eine Bluttransfusion erhalten?

Patientenverfügung/-vollmacht

Haben Sie eine Patientenvollmacht/-verfügung?
Haben Sie einen Organspendeausweis?

Allergien und aktuelle Medikamente

Allergien

Haben Sie eine Allergie gegen bestimmte Medikamente?
Wenn ja, wie sieht die allergische Reaktion aus?
Sind bei Ihnen bereits einmal juckende Quaddeln, Schwellungen oder ein Asthmaanfall nach Einnahme von Penicillin oder anderen Medikamenten aufgetreten?
Haben Sie Heuschnupfen?

Medikamente

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?
Haben Sie aufgrund der aktuellen Beschwerden bereits Medikamente eingenommen?

Soziale Anamnese

Systemanamnese: Das Vokabular zu Spezialanamnesen ist in Kap. 7.1 aufgeführt.

Familienstand

Sind Sie verheiratet/ledig/verwitwet/geschieden?
Haben Sie Kinder?
Sind Sie alleinstehend?

Wohnsituation

Kann sich jemand um Sie kümmern?
Haben Sie zu Hause belastende Probleme?
Haben Sie Haustiere?

Beruf

Welchen Beruf üben Sie aus?
Sind Sie angestellt/selbstständig?
Sind Sie arbeitslos?
Sind Sie in Rente/pensioniert?

Arbeitsfähigkeit

Arbeiten Sie derzeit?
Sind Sie krankgeschrieben?

Militär

Waren oder sind Sie beim Militär?

Familienanamnese

Eltern, Geschwister

Leben Ihre Eltern noch?
Haben Sie Geschwister?
Sind diese gesund?
Woran ist Ihr Vater/Ihre Mutter gestorben?
Gibt es jemanden in Ihrer Familie mit gleicher oder ähnlicher Erkrankung?
Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten?
Leidet jemand in Ihrer Familie an einer der folgenden Krankheiten:

- Blutzuckerkrankheit
- Herzerkrankung
- Bluthochdruck
- Asthma oder Allergien
- Rheumaleiden
- Krebserkrankung
- Tuberkulose

Verabschiedung

Zusammenfassung

Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie …
Sie meinten, dass …
Also, Sie leiden an …
Sie sind also…

Das weitere Prozedere

Ich werde Ihre Beschwerden mit meinem Oberarzt/Chefarzt besprechen.
Ich werde Sie über die weiteren Schritte informieren.

Verabschiedung

Haben Sie noch weitere Fragen?
Bis nachher/gleich/später.
Gute Besserung!
Bitte unterschreiben Sie hier.
Auf Wiedersehen!

3.1.5 Klinischer Fall: Angina pectoris – Koronare Herzkrankheit

Vorbereitung

Suchen Sie einen ruhigen Ort für das Gespräch und bereiten Sie sich auf das Gespräch vor, indem Sie die mitgebrachten Arztberichte lesen und sich den Überweisungsschein mit Vorbefund ansehen.

Anamnesegespräch

Während des Gesprächs ist es besonders wichtig, Blickkontakt mit dem Patienten zu halten. Verwenden Sie zudem einfache Sätze und vermeiden Sie Fachausdrücke. Falls Sie Fachausdrücke verwenden, erklären Sie diese dem Patienten unaufgefordert.

Begrüßung

Guten Tag, mein Name ist Dr. Winter, ich bin Assistenzarzt hier in der Ambulanz und für Sie zuständig.

Guten Tag.

Bitte nehmen Sie Platz.

Danke.

Darf ich Ihren Namen erfahren?

Robert Bunte.

Zum höflichen und zugewandten Umgang mit dem Patienten verwenden Sie eine formelle Anrede wie „Frau Meier" oder „Herr Schmidt".

Aktuelle Beschwerden

Was kann ich für Sie tun?

Ich habe immer wieder solche Schmerzen in der Brust und mein Hausarzt meinte, Sie sollten das abklären.

Sind denn schon irgendwelche Untersuchungen gemacht worden?

Ja, der Hausarzt hat ein EKG gemacht und Blut abgenommen.

Haben Sie die Befunde mitgebracht?

Nein, die wollte Ihnen Dr. Rahe faxen.

Ich denke, ich habe einige Vorbefunde bereits erhalten. Können Sie mir jetzt Ihre Beschwerden schildern?

Da ist so ein Druckgefühl im Brustbereich.

Haben Sie das auch in diesem Moment?

Nein.

Wann hatten Sie das zuletzt und was haben Sie da gemacht?

Vorgestern, als ich schnell zur Straßenbahn gelaufen bin.

Können Sie den Schmerz näher beschreiben: ist er drückend, brennend, stechend oder anders?

Es ist vor allem ein Druck.

Wo fühlen Sie diesen Druck?

Hier.

Wie stark ist dieser? Nehmen wir eine Skala von 0 bis 10, wobei 0 einem schmerzfreien Zustand und 10 dem stärksten vorstellbaren Schmerz entspricht.

Der war schon mal bei 7 bis 8.

In welcher Situation war das?

Da bin ich mit dem Rad einen Berg hochgefahren.

Wie lange hielt der Schmerz da an?

Ungefähr 3 Minuten, ich bin dann natürlich abgestiegen.

Wann haben Sie denn zum ersten Mal diesen Schmerz gespürt?

Vor drei Monaten.

Davor nie?

Nein.

Verändern sich die Schmerzen, wenn Sie atmen?
Das ist mir nicht aufgefallen.
Gibt es denn noch zusätzliche Beschwerden, wenn der Schmerz auftaucht?
Ja, da kann dann auch Atemnot dazu kommen.
Stellen Sie sich vor, Sie gehen eine Treppe in normalem Tempo hoch, wie viele Stufen können Sie schmerzfrei gehen?
Vielleicht 10.
Strahlt der Schmerz auch aus?
Ja, einmal ging das in den linken Arm und auch in die linke Halsseite.
Gibt es etwas, das den Schmerz bessert oder verschlechtert?
Wenn ich mich nicht anstrenge, habe ich eigentlich keine Schmerzen.
Haben Sie sonst noch irgendwelche Beschwerden?
Mir tut häufig der Rücken weh.
Steht das im Zusammenhang mit den Brustschmerzen?
Nein.
Werden diese Schmerzen behandelt?
Ich war schon öfter bei einer Krankengymnastin.

Persönliche Anamnese (Vorerkrankungen)

Fühlen Sie sich krank oder erschöpft?
Eigentlich nicht.
Haben Sie sonst irgendwelche chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck oder Zuckerkrankheit?
Der Blutdruck ist seit ein paar Jahren erhöht.
Wird er auch behandelt? Wenn ja, womit?
Ich nehme dagegen jeden Morgen eine Tablette Bisoprolol ein.
Seit wann?
Seit etwa 2 Jahren.
Sind Sie sonst noch wegen einer Krankheit oder wegen eines Leidens in Behandlung?
Ja, ich gehe wegen meiner Angstzustände zum Psychotherapeuten.
Nehmen Sie irgendwelche Beruhigungsmittel ein?
Nein.
Ist mit der Verdauung und dem Wasserlassen alles in Ordnung?
Ja.
Müssen Sie nachts Wasser lassen?
Ja, zweimal.
Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Monaten verändert?
Ich achte darauf, dass es nicht zunimmt.
Wie ist Ihr Appetit?
Sehr gut.
Haben Sie Schlafprobleme?
Nein.
Schwitzen Sie in der Nacht?
Nein.
Haben Sie öfter Fieber?
Das habe ich schon lange nicht mehr gehabt.
Wie groß, wie schwer und wie alt sind Sie?
1,78 m, 80 kg, ich bin 56 Jahre alt.
Waren Sie früher einmal schwerer erkrankt?
Als Kind hatte ich eine Lungenentzündung. Das ging ziemlich lange.
Waren Sie mal als Patient im Krankenhaus?
Ja, damals als Kind.
Sind Sie mal operiert worden?
Ja, an den Mandeln.

Wann war das?
Da war ich noch ein Kind.

Allergie und aktuelle Medikamente

Haben Sie irgendwelche Allergien?
Ja, gegen bestimmte Nüsse.
Wissen Sie, welche Nusssorten?
Ja, Paranüsse und Walnüsse.
Wie sieht es mit Ihren Lebensgewohnheiten aus – rauchen Sie?
Ja, Zigaretten.
Seit wann und wie viele pro Tag?
Seit ich 16 bin, ein Päckchen täglich.
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nehmen Sie Drogen?
Drogen: nein. Ich trinke täglich ¼ Liter Wein, das soll ja gesund sein.
Treiben Sie regelmäßig Sport?
Sport ist Mord.
Nehmen Sie, abgesehen von Bisoprolol, noch andere Medikamente?
Ja, mein Hausarzt hat mir so ein Spray gegeben, das nehme ich, wenn der Schmerz kommt.
Hilft es?
Ja, das ist klasse.
Wie oft haben Sie es in den letzten Tagen gebraucht?
Vorgestern einmal.

Soziale Anamnese

Bei fehlender sozialer Unterstützung im familiären und häuslichen Umfeld vereinbaren Sie für den Patienten frühzeitig ein Beratungsgespräch beim Sozialdienst in Ihrer Klinik.

Was haben Sie für einen Beruf?
Ich bin Pharmareferent.
Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?
Ja, Dr. Rahe meinte, dass wir erst das Ergebnis Ihrer Untersuchung abwarten sollten.
Ist Ihre Arbeit sehr stressig?
Ja.
Sind Sie verheiratet?
Nein.
Leben Sie allein?
Ich lebe mit meiner Freundin zusammen.
Wo und wie wohnen Sie?
In Vörstetten, das ist ein Dorf nicht weit von Freiburg. Ich habe dort eine eigene Wohnung.

Familienanamnese

Gibt oder gab es in Ihrer Familie irgendwelche schwereren Erkrankungen?
Mein Vater ist an einem Herzinfarkt gestorben und meine Mutter ist zuckerkrank.
Haben Sie Geschwister und sind diese gesund?
Ich habe zwei Schwestern, habe aber kaum Kontakt zu ihnen.
Gab es sonst irgendwelche Krankheiten in Ihrer Familie?
Da ist mir nichts weiter bekannt.

Verabschiedung

Also, Sie sind hierhergekommen wegen Brustschmerzen, die unter Belastung auftreten und gegen die ein Spray, das Ihr Hausarzt Dr. Rahe Ihnen gegeben hat, hilft?
Ja, Herr Doktor, so ist es.
Ich werde das jetzt mit meinem Oberarzt besprechen und komme dann zu Ihnen, um das weitere Vorgehen zu erörtern.
Danke, Herr Doktor.

Anamnesebogen

Persönliche Daten:

Nachname: Bunte | Vorname: Robert | Geburtsdatum: 10.3.1959

Gewicht: 80 kg | Größe: 178 cm | Hausarzt Dr. Rahe

Jetziges Leiden:	
- Lokalisation und Ausbreitung:	Brustschmerzen – Druckgefühl
	retrosternal, in den linken Arm und in die linke Halsseite ausstrahlend
- Qualität:	druckend
- Schweregrad:	7–8 / 10
- Zeitliches Auftreten:	erstmalig vor 3 Monaten etwa 3 Minuten, Auftreten nach 10 Treppenstufen
- Verstärkung oder Linderung:	Linderung in Ruhe
- Auslösende Faktoren:	eher bei Belastung (Radfahren)
- Begleitsymptomatik:	Dyspnoe
Vorerkrankungen:	
- Herz und Kreislauf	Arterielle Hypertonie seit einigen Jahren bekannt
- Nerven, Sinnesorgane, Psyche	Angstzustände – Psychotherapie ohne Medikamente
- Lunge	Pneumonie als Kind
- Niere	
- Verdauungstrakt und Stoffwechsel	
- Bluterkrankungen	
- Bewegungsapparat	Rückenschmerzen – Physiotherapie
- Maligne Erkrankungen	
- Infektionen, Impfungen	
- Operationen	Tonsillektomie als Kind
Vegetative Anamnese:	
- Appetit/Durst	normal
- Gewicht	
- Stuhlgang und Wasserlassen	2 Mal/Nacht
- Fieber, Schüttelfrost	
- Nachtschweiß	keine Probleme
- Schlaf	keine Probleme
Lebensgewohnheiten:	
- Nikotin	seit 40 Jahren etwa 20 Zigaretten
- Alkohol/Drogen	regelmäßiger Alkoholgenuss (1/4 Liter Wein/Tag)
- Sport	keinen
Medikation:	Bisoprolol 5mg 1-0-0 Nitrospray b.B.
Allergie/Unverträglichkeiten	Nüsse (Paranüsse, Walnüsse)
Familienanamnese:	
- Eltern	Vater an Myokardinfarkt gestorben, Mutter hat Diabetes mellitus
- Geschwister	nicht bekannt
- Kinder	
Soziale Anamnese:	
- Beruf	Pharmareferent
- Arbeitsunfähigkeit	aktuell krankgeschrieben
- Partnerschaft und Wohnverhältnisse:	nicht verheiratet, lebt mit seiner Freundin, eigene Wohnung

Abb. 3.3 Ausgefüllter Anamnesebogen für das Fallbeispiel „Angina pectoris" [T756]

3.2 Fachkompetenz körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung gliedert sich in eine allgemeine Untersuchung, gefolgt von einer speziellen Untersuchung entsprechend dem jeweiligen Fachgebiet (➢ Abb. 3.4).

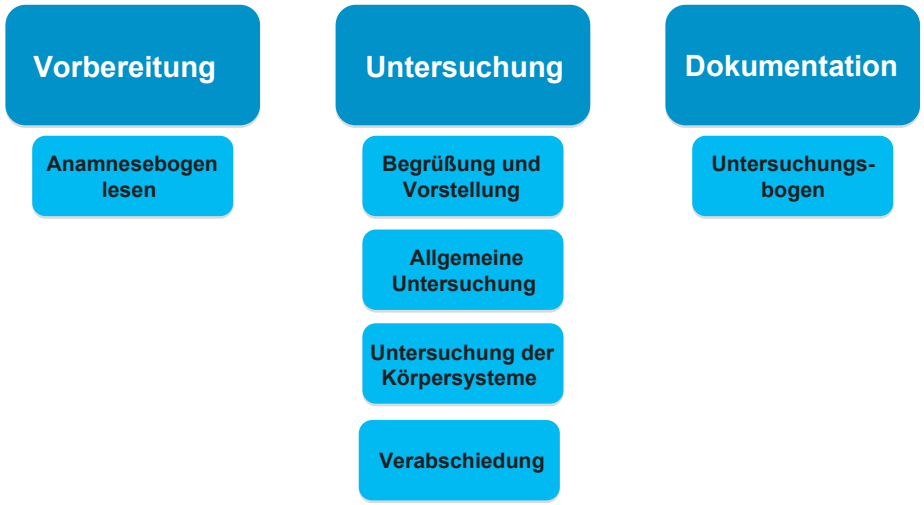


Abb. 3.4 Übersicht über den Ablauf der körperlichen Untersuchung [M947]

3.2.1 Vorbereitung

Suchen Sie ein entsprechendes Untersuchungszimmer auf, das dem Patienten eine möglichst angenehme Atmosphäre bietet.

Bereiten Sie sich auf die körperliche Untersuchung vor. Lesen Sie hierfür die mitgebrachten Arztberichte.

Sollte die Untersuchung nur im Zimmer des Patienten möglich sein, bitten Sie Angehörige oder Besucher, das Zimmer für den Zeitraum der Untersuchung zu verlassen. Radio- und Fernsehapparat sollten ausgeschaltet sein.

3.2.2 Körperliche Untersuchung

Vorstellung und Begrüßung

1. Stellen Sie sich vor. Nennen Sie neben Ihrem Namen mit Titel auch Ihre Funktion.
2. Fragen Sie nach dem Namen des Patienten.
3. Halten Sie Blickkontakt.

Die Untersuchungssituation

Die körperliche Untersuchung gliedert sich in eine allgemeine Untersuchung, gefolgt von einer speziellen Untersuchung entsprechend dem jeweiligen Fachgebiet.

Eine wichtige Voraussetzung für die korrekte Durchführung ist die Untersuchung am vollständig entkleideten Patienten. Lassen Sie den Patienten sich hierfür immer schrittweise entkleiden, um seine Intimsphäre so weit wie möglich zu wahren. Hierfür müssen die Rahmenbedingungen geschaffen werden (Raumtemperatur, blickdichte Fenster bzw. Vorhänge etc.). Erklären Sie dem Patienten Ihr Vorgehen schrittweise und seien Sie geduldig.

Vor und nach der Untersuchung müssen die Hände gründlich gewaschen und desinfiziert werden.

Wichtige zu erhebende Daten: Größe, Gewicht und Body Mass Index (BMI = Gewicht [kg]/Körpergröße [m^2]). Außerdem sollten Körpertemperatur, Herzfrequenz und Blutdruck (am rechten und linken Arm) gemessen werden.

Vokabeln und Leitsätze zu spezifischen Körpersystemen sind in Kap. 7 aufgeführt.

Allgemeine körperliche Untersuchung

Hierbei soll ein allgemeiner Eindruck von Bewusstseinslage und psychischer Verfassung des Patienten gewonnen werden. Verschaffen Sie sich außerdem einen Überblick über seinen Allgemein- und Ernährungszustand sowie über äußerliche Krankheitszeichen.

Orientierende Untersuchung der Körpersysteme

Bei dieser Untersuchung wird der Fokus, je nach aktuellen Beschwerden des Patienten, auf ein spezifisches Körpersystem gelegt.

Verabschiedung

Als Rückmeldung können Sie die wichtigsten Befunde zusammenfassen und dem Patienten wiedergeben. Erläutern Sie anschließend Ihr weiteres Vorgehen und besprechen Sie dieses mit dem Patienten.

3.2.3 Dokumentation

Jede körperliche Untersuchung muss anhand klinikspezifischer Patientenaufnahmebögen dokumentiert werden.

Die Befunde werden in einem Untersuchungsbogen dokumentiert (➔ Abb. 3.5). Ein Beispiel für einen ausgefüllten Bogen beim Befund „Angina pectoris“ finden Sie in Abschnitt 3.2.5 (➔ Abb. 3.6).

Befund Alter _____ Jahre, Größe _____ cm, Gewicht _____ kg

Allgemeiner Befund	
- Allgemeinzustand	gut
- Ernährungszustand	gut
- Psyche	gut
- Haut und Schleimhäute	gut durchblutet
Kopf und Hals	
- Kalotte	o.p.B.
- Meningismus	frei
- Augen	o.p.B.
- Lippen	o.p.B.
- Mund, Rachen, Zunge	o.p.B.
- Schilddrüse	o.p.B.
- Lymphknoten	o.p.B.
- Halsvenen	nicht gestaut
Thorax und Lunge	
- Thorax	keine Deformität
- Lymphknoten	o.p.B.
- Lungengrenzen	gut verschieblich
- Klopfschall	sonor
- Atemgeräusch	vesikulär
- Nebengeräusche	keine
Herz, Kreislauf, Gefäße	
- Rhythmus	regelmäßig
- Herztöne	rein
- Herzgeräusche	keine
- Periphere Pulse	gut tastbar
- Ödeme	keine
- Varikosis	keine
- Rekapillarisierung	prompt
Abdomen	
- Bauchdecke	weich
- Druckschmerz	keiner
- Resistenzen	keine
- Darmgeräusche	vorhanden
- Aszites	keiner
- Leber	nicht vergrößert
- Milz	nicht vergrößert
- Nierenlager	kein Klopfschmerz
- Genitale	o.p.B.
- Rektum	o.p.B.
- Prostata	nicht vergrößert
Bewegungsapparat	
- Wirbelsäule	o.p.B.
- Gelenke	frei beweglich
- Muskelmasse	eutroph
Nervensystem	
- Pupillen	rund
- Lichtreaktion	prompt
- Augenmotorik	o.p.B.
- Übrige Hirnnerven	o.p.B.
- Reflexe	o.p.B.
- Motorik	o.p.B.
- Sensibilität	o.p.B.
- Sprache	o.p.B.

Abb. 3.5 Beispiel für einen Untersuchungsbogen; o. p. B. = ohne pathologischen Befund [T756]

3.2.4 Vokabular und Leitsätze

Allgemeine körperliche Untersuchung

Informationen erfragen und Anweisungen zu Untersuchungsbeginn

Ich werde Sie nun untersuchen.
Ich werde … untersuchen.
Setzen Sie sich bitte.
Legen Sie sich bitte auf diese Liege.
Legen Sie sich bitte auf den Bauch.
Legen Sie sich bitte auf den Rücken.
Legen Sie sich bitte auf die rechte/linke Seite.
Beugen Sie sich bitte nach vorn/hinten.
Sitzen/liegen Sie bequem?
Stehen Sie bitte auf.
Zeigen Sie mir, wo es Ihnen weh tut.
Machen Sie bitte Ihren Oberkörper frei.

Vermeiden Sie während der Untersuchung medizinische Fachausdrücke oder erklären Sie diese.

Verdauungssystem

Haben Sie jetzt Bauchschmerzen?
Bitte legen Sie die Arme neben den Körper und ziehen Sie die Beine an, damit ich Ihren Bauch abhören kann.
Schmerzt es oder ist es unangenehm, wenn ich hier drücke?
Schmerzt es oder ist es unangenehm, wenn ich loslasse?
Bitte einmal tief ein- und ausatmen.
Atmen Sie noch einmal tief aus und halten dann bitte die Luft an. Atmen Sie dann wieder langsam ein.
Ihr Urin/Stuhl muss untersucht werden.

Atmungssystem

Atmen Sie bitte ein und halten Sie dann die Luft an.
Husten Sie bitte.
Sagen Sie bitte 99. (Stimmfremitus)
Sagen Sie bitte 66. (Bronchophonie)
Ich möchte jetzt Ihre Lunge abhören. Bitte mit offenem Mund tief ein- und ausatmen.

Kardiovaskuläres System

Ich werde nun Ihr Herz abhören.
Zeigen Sie mir bitte Ihre Hände.
Ich möchte jetzt Ihren Puls messen.
Haben Sie Schmerzen in den Waden?
Ist es schmerzhaft, wenn ich auf Ihre Waden drücke?
Haben Sie Schmerzen, wenn ich den Fuß nach oben drücke?
Ich möchte jetzt ein EKG schreiben.

Nervensystem

Fühlen Sie das?
Wie fühlt sich das an?
Sagen Sie mir Bescheid, falls ich Ihnen weh tue.
Entspannen Sie sich.
Bewegen Sie den/die/das …

Machen Sie mir bitte nach.
Drücken Sie meine Finger.
Heben Sie bitte den rechten Arm.
Heben Sie bitte das linke Bein.

Bewegungsapparat

Heben Sie bitte den Arm und lassen Sie ihn wieder fallen.
Ziehen Sie die Füße zu sich heran.
Drücken Sie die Zehen nach unten.
Heben Sie die Schultern/Ellbogen.
Drücken Sie meine Hand, so fest Sie können.
Lassen Sie das Bein/den Arm ganz locker.
Beugen Sie das Knie.
Strecken Sie bitte Ihre Arme mit den Handinnenflächen nach oben aus und schließen Sie Ihre Augen.
Berühren Sie mit Ihrer Ferse das Knie und fahren Sie anschließend das Schienbein entlang.
Schließen Sie bitte die Augen und führen Sie Ihren linken Zeigefinger zur Nase.
Ich werde Sie nun links oder rechts berühren. Bitte schließen Sie die Augen und sagen Sie mir, auf welcher Seite Sie die Berührung spüren.
Strecken Sie Ihr Bein und heben es an. Drücken Sie es bitte zum Boden.
Spreizen Sie Ihre Finger.
Beugen Sie Ihr Handgelenk in beide Richtungen.
Spreizen Sie Ihren großen Zeh ab.
Drücken Sie Ihren Fuß von sich weg.

Abschluss der Untersuchung

Vielen Dank. Die Untersuchung ist beendet.
Sie können sich wieder anziehen.

Orientierende Untersuchung der Körpersysteme

Leitsätze zu den einzelnen Organsystemen und Fachgebieten sind in Kap. 7.1 aufgeführt.

Eine Untersuchung gliedert sich chronologisch in die folgenden Punkte, anhand derer die Organsysteme untersucht und beurteilt werden können:
1. Inspektion
2. Auskultation
3. Perkussion
4. Palpation

Im Folgenden ist ein Beispiel für eine strukturierte Untersuchung des Abdomens dargestellt.
1. *Inspektion:* Ich werde Ihren Bauch nach Form, Narben, Brüchen sowie Behaarungsmuster beurteilen. Legen Sie sich bitte auf den Rücken und legen Sie Ihre Arme ausgestreckt neben Ihren Bauch.
2. *Auskultation:* Ich möchte die Darmgeräusche abhören.
3. *Perkussion:* Ich möchte jetzt Ihren Bauch abklopfen.
4. *Palpation:* Ich möchte gerne Ihren Bauch genauer untersuchen. Wenn Sie Schmerzen spüren, sagen Sie bitte Bescheid.

Dokumentation der Befunde

In ➤ Tab. 3.1 sind die wichtigsten Begrifflichkeiten für die Dokumentation einer Untersuchung in Deutsch (mit Genus der Substantive in Klammern) und in Englisch aufgeführt. Teilweise sind zusätzliche Erläuterungen ergänzt, mit denen der Patient den Befund besser verstehen kann.
Das grammatische Geschlecht (Genus) der Begriffe steht in Klammern: (m) = maskulin, (f) = feminin, (n) = neutrum. Bei den englischen Fachbegriffen werden die Bezeichnungen in American English (AE) und in British English (BE) angegeben, wenn sich diese unterscheiden.

Tab. 3.1 Fachbegriffe für die Dokumentation der Untersuchung

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englische Bezeichnung
ohne Befund (o. B.)		without findings; negative
ohne pathologischen Befund (o. p. B.)	ohne krankhaften Befund	without pathologic findings
Zustand nach (Z. n.)		condition after; history of …
Allgemeinzustand (AZ)		General condition
gut		good
schlecht		bad
akzeptabel		okay
Vitalparameter		Vital parameters
Temperatur (f)		temperature
• afebril	ohne Fieber (n)	• afebrile
• subfebril	erhöhte Temperatur, noch kein Fieber	• subferile
• febril; Fieber (n)		• febrile; fever
• unterkühlt		• hypothermic
Haut		Skin
Hautturgor (m)	Spannungszustand (m) der Haut	skin turgor
• normal		• normal
• (de-)hydriert	entwässert	• (de-)hydrated
Hautfarbe (f)		skin colo(u)r
• normal		• normal
• blass		• pale
• Blässe (f)		• paleness
• zyanotisch	blau gefärbt	• cyanotic
• ikterisch	gelb gefärbt	• icteric
• gebräunt		• tanned
• gerötet		• reddened
• Gesichtsrötung (f)		• facial redness
• hyperpigmentiert	überpigmentiert	• hyperpigmented
• Teleangiektasien (f; pl)	sichtbare Hautgefäße	• telangiectasias
Beschaffenheit (f) der Haut		skin condition
• normal		• normal
• exsikkiert	ausgetrocknet	• desiccated
• Schwitzen (n)		• sweating; perspiration
• Xanthelasmen (n; pl)	Fetteinlagerungen (f) in der Haut	• xanthelasma
• Spider naevi	rötliche, arterielle Gefäßneubildung (f) der Haut	• spider naevi
• Purpura	fleckige Kapillarblutung (f)	• purpura
• Effloreszenzen (f; pl)	Hautblüten (f) (Veränderungen nach Hautkrankheit)	• efflorescences
• Atrophie (f)	Gewebsschwund (m)	• atrophy
• Ödeme (n; pl)	Wasseransammlungen	• (o)edemas
• Dermographismus (m)	„Hautschrift"	• derm(at)ographism
• Warzen (f; pl)		• verrucae
• Palmarerythem (n)	Rötung (f) Handinnenfläche	• palmar erythema
• Hämatom (n)	Bluterguss (m)	• h(a)ematomae; effusions of blood
• Operationsnarbe (f)		• surgical scar

Tab. 3.1 Fachbegriffe für die Dokumentation der Untersuchung (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englische Bezeichnung
Haut		Skin
• Schnittwunde (f)		• incised wound
• Wundinfektion (f)		• wound infection
• Gänsehaut (f)		• goose bumps; gooseflesh
• Orangenhaut (f)		• cellulite
Behaarung		Hair
Kopfbehaarung (f)		scalp hair
• Haarausfall (m)		• hair loss
• Glatze (f)		• baldness; alopecia
Körperbehaarung (f)		body hair
• fehlend		• lack of
• Hirsutismus (m)	Bartwuchs (m)/Brustbehaarung (f) bei Frauen	• hirsutism
Lymphknoten (LK)		Lymph node
Lokalisation (f)		localisation (BE); localization (AE)
• Halsregion (f)		• neck/cervical region
• Achselhöhle (f)		• armpit; underarm; axillary region
• Leistenregion (f)		• groin/inguinal region
Beschaffenheit (f)		condition
• beweglich		• movable
• fixiert		• fixed
• vergrößert		• enlarged
• druckdolent	mit Druckschmerz (m)	• tender to palpation
Nägel		Nails
• normal		• normal
• Uhrglasnägel (m; pl)		• (digital) clubbing; hippocratic fingers
• Trommelschlägelfinger (m; pl)		• drumstick fingers
Kopf		Head
Kopfform (f)		head shape
• normal		• normal
• verändert		• abnormal
Augen		Eyes
Augapfel (m)		eyeball
Exophthalmus (m)	hervorstehender Augapfel	exophthalmos
Beweglichkeit (f)		mobility
• normal		• normal
• eingeschränkt		• restricted
Skleren (f; pl) und Konjunktiven (f; pl)		sclera and conjunctivae
• ikterisch	gelblich	• icteric
• injiziert	rötlich	• injected
Augenhintergrund (m)		eyeground; fundus of the eye
• Stauungspapille (f)	Ödem (n) an der Austrittsstelle des Sehnervs	• papill(o)edema; choked disc (BE)/disk (AE)

Tab. 3.1 Fachbegriffe für die Dokumentation der Untersuchung (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englische Bezeichnung
Augen		Eyes
• Katarakt (f)	„grauer Star", Trübung (f) der Augenlinse (f)	• cataract
Pupillen (f; pl)		pupils
• seitengleich (isokor)		• equal
• nicht seitengleich (anisokor)		• unequal
• stecknadelkopfgroß		• pinpoint
• Reaktion auf Licht und Akkommodation (lichtreagibel)		• reaction to light and accommodation
Ohr		Ear
Gehörgang (m)		auditory canal
Trommelfell (n)		eardrum
• Lichtreflex (m)		• light reflex
• Aussehen der Gehörknöchelchen (n; pl)		• appearance of auditory ossicles
Nase		Nose
Nasenatmung (f)		nasal breathing
• frei		• free
• behindert		• obstructed
Nasengänge (m; pl)		nasal passages
• durchgängig		• unobstructed
Septum (n)		septum
• Deformation	Verformung (f)	• deformation
Nasenschleimhaut (f)		nasal mucosa
• geschwollen		swollen
Sekret (n)		secretion
Nebenhöhlen (f; pl)		paranasal sinuses
• klopfdolent	Klopfschmerz (m)	• tender to percussion
Mund		Mouth
Mundhöhle (f)		oral cavity
Foetor (m)	Mundgeruch (m)	f(o)etor
Mundgeruch (m)		bad breath
• Alkohol (m)		• alcohol
• Aceton (n)		• acetone
Zunge (f)		tongue
• belegt		• coated
• behaart		• hairy
• trocken		• dry
• Zungenbiss (m)		• tongue bite
Schleimhaut (f)		mucosa; muc(o)us membrane
• gut/schlecht durchblutet		• well/poorly perfused
• feucht		• moist
Lippen (f; pl)		lips
• Herpes (n)		• herpes
• Zyanose (f)	blau gefärbt	• cyanosis
Zahnstatus (m)		dental chart
• Prothese (f)		• prosthesis

Tab. 3.1 Fachbegriffe für die Dokumentation der Untersuchung (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englische Bezeichnung
Mund		Mouth
• kariös	mit Karies	• carious
• Karies (f)		• dental caries
• Lücken (f; pl)		• (tooth/dental) gaps
Zahnfleisch (n)		gums; gingiva
Rachen		Pharynx
• gerötet		• red(dened)
Tonsillen (f; pl)	Mandeln	tonsils
• vergrößert		• enlarged
• zerklüftet		• scarred
• eitrig belegt		• pus coated
• gerötet		• red(dened)
Hals		Neck
Beweglichkeit (f)		mobility
• in alle Richtungen frei beweglich		• freely mobile in all directions
Schilddrüse (SD)		Thyroid (gland)
• normal		• normal
• (diffuse) Struma (f)	Vergrößerung (f)	• (diffuse) goiter
• Knoten (m)		• node
• Strumektomie (f)	Entfernung (f) der Schilddrüse (f)	• strumectomy
• Hyper-/Hypothyreosezeichen (n)	Schilddrüsenüberfunktion/-unterfunktion (f)	• signs od hyper-/hypothyroidism
• Halsvenenstauung (f)		• jugular venous distention
• hepatojugulärer Reflux (m)	Halsvenenstau (m) bei Druck auf oberen Bauchraum (m)	• hepatojugular reflux
Brüste		Breasts
• Knoten (m)		• lump
• Sekret (n)	Flüssigkeit (f)	• secretion
• Schmerzhaftigkeit (f)		• soreness
• Gynäkomastie (f)	Vergrößerung (f) der Brustdrüse beim Mann	• gyn(a)ecomastia

➢ Tab. 3.2 führt die wichtigsten allgemeinen Begrifflichkeiten auf, die in der Untersuchungsdokumetation verwendet werden können.

Tab. 3.2 Allgemeine Begriffe für die Dokumentation

Die allgemeinen Untersuchungen	The general examinations
ärztliche Allgemeinuntersuchung (f)	general medical examination
Gesundheitsvorsorgeuntersuchung (f)	preventive examination
Nachuntersuchung (f)	follow-up examination
Screening (n)	screening
allgemeine psychiatrische Untersuchung (f)	general psychiatric examination
Handgriff (m)	manoeuvre; technique
Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung (f)	issuance of a medical certification
Beobachtung bei Verdacht auf Krankheit (f)	in for observation/suspicion of illness

3.2.5 Klinischer Fall: „Angina pectoris“ – Koronare Herzkrankheit

Ich würde Sie jetzt gerne untersuchen,

Bitte.

Zunächst möchte ich den **Blutdruck** messen. Das Hemd stört da, könnten Sie bitte den Oberkörper schon frei machen, ich will Sie sowieso noch abhören.

Soll ich alles ausziehen?

Ja, am besten machen Sie sich bis auf die Unterhose frei.

Legen Sie bitte den rechten/linken Arm ganz entspannt hin. Ich lege Ihnen jetzt die Blutdruckmanschette an, sie bleiben ganz entspannt. Wann ist der Blutdruck denn zum letzten Mal gemessen worden?

Vorgestern beim Hausarzt.

Wissen Sie zufällig die Werte, die er gemessen hat?

Ich glaube, das war so 70 zu 130.

Ja, das ist ein guter Wert … Jetzt haben Sie 135 zu 85, das ist auch noch gut, wir messen auch noch am anderen Arm … Tut Ihnen etwas am Kopf weh, wenn ich hier klopfe?

Nein.

Hier vielleicht (Nervenaustrittspunkte) …?

Nein.

Ich bewege jetzt Ihren Kopf, machen Sie bitte die Bewegungen mit. Wenn es weh tut, sagen Sie es mir bitte …

Brauchen Sie eine Brille zum Lesen?

Ja, seit Neuestem.

Sind die **Augen** ansonsten in Ordnung?

Ja, der Augenarzt war zufrieden.

Schauen Sie jetzt bitte mit den Augen auf meinen Finger und verfolgen ihn ohne den Kopf zu bewegen … sehr gut, jetzt leuchte ich Ihnen noch in die Augen … Gut, wenn Sie jetzt bitte den Mund aufmachen und „aaaah“ sagen …

Aaaaah …

Danke, gehen Sie regelmäßig zum **Zahnarzt?**

Ja, dafür bekomme ich Punkte von der Krankenkasse, auch für jede Vorsorgeuntersuchung.

Das ist gut, ich möchte jetzt noch Ihren Hals untersuchen.

Tun Sie das …

Sehr schön, da sind keine Schwellungen, auch scheint die Schilddrüse normal groß zu sein. Jetzt möchte ich den Brustraum untersuchen, ich klopfe jetzt erst einmal Ihre **Lunge** ab, Sie brauchen nichts Besonderes zu machen … Bitte, jetzt tief Luft holen und die Luft anhalten … Danke, wieder normal atmen und dann ganz ausatmen und die Luft anhalten … Danke, wenn Sie jetzt bitte mit dem offenen Mund langsam tief durchatmen, ich horche Sie derweilen ab … Danke, das klingt alles ganz normal.

Da bin ich aber beruhigt.

Jetzt untersuche ich Ihr **Herz,** bitte legen Sie sich hier auf die Liege, ich klopfe erst einmal ab … Jetzt höre ich es ab, atmen Sie ganz normal … bitte mal kurz die Luft anhalten… Jetzt mal tief Luft holen und anhalten … Danke, Sie können wieder normal atmen.

Und, haben Sie etwas gefunden?

Nein, das sieht gut aus.

Prima!

Jetzt kommt der **Bauchraum** dran, ziehen Sie ruhig die Knie ein bisschen an … Da sehe ich die Blinddarmnarbe, ich horche den Bauch jetzt ab … Das klingt normal, wenn jetzt beim Abtasten etwas weh tut, lassen Sie mich das bitte wissen … Können Sie sich bitte auf die rechte Seite legen …

Also angenehm ist das nicht gerade …

Ja, da haben Sie recht, ich möchte mir ein umfassendes Bild von Ihnen machen, deshalb untersuche ich möglichst alles. Jetzt untersuche ich noch Ihre **Blutgefäße.** Da geht es darum, ob irgendwelche Geräusche zu hören sind, die da nicht hingehören … Am Hals ist alles in Ordnung … In der Leiste auch, jetzt würde ich gerne noch die Leisten- und die Fußarterien abtasten … Das sieht gut aus!

Befund Alter 65 Jahre, Größe 178 cm, Gewicht 80 kg

Allgemeiner Befund		Keine Auffälligkeiten
- Allgemeinzustand	gut	
- Ernährungszustand	gut	
- Psyche	gut	
- Haut und Schleimhäute	gut durchblutet	
Kopf und Hals		Keine Auffälligkeiten
- Kalotte	o.p.B.	
- Meningismus	frei	
- Augen	o.p.B.	
- Lippen	o.p.B.	
- Mund, Rachen, Zunge	o.p.B.	
- Schilddrüse	o.p.B.	
- Lymphknoten	o.p.B.	
- Halsvenen	nicht gestaut	
Thorax und Lunge		Keine Auffälligkeiten
- Thorax	keine Deformität	
- Lymphknoten	o.p.B.	
- Lungengrenzen	gut verschieblich	
- Klopfschall	sonor	
- Atemgeräusch	vesikulär	
- Nebengeräusche	keine	
Herz, Kreislauf, Gefäße		BD 135 / 85 mmHg
- Rhythmus	regelmäßig	
- Herztöne	rein	
- Herzgeräusche	keine	
- Periphere Pulse	gut tastbar	
- Ödeme	keine	
- Varikosis	keine	
- Rekapillarisierung	prompt	
Abdomen		Keine Auffälligkeiten
- Bauchdecke	weich	
- Druckschmerz	keiner	
- Resistenzen	keine	
- Darmgeräusche	vorhanden	
- Aszites	keiner	
- Leber	nicht vergrößert	
- Milz	nicht vergrößert	
- Nierenlager	kein Klopfschmerz	
- Genitale	o.p.B.	
- Rektum	o.p.B.	
- Prostata	nicht vergrößert	
Bewegungsapparat		Keine Auffälligkeiten
- Wirbelsäule	o.p.B.	
- Gelenke	frei beweglich	
- Muskelmasse	eutroph	
Nervensystem		Keine Auffälligkeiten
- Pupillen	rund	
- Lichtreaktion	prompt	
- Augenmotorik	o.p.B.	
- Übrige Hirnnerven	o.p.B.	
- Reflexe	o.p.B.	
- Motorik	o.p.B.	
- Sensibilität	o.p.B.	
- Sprache	o.p.B.	

Abb. 3.6 Dokumentation der Befunde für das Fallbeispiel „Angina pectoris"; o. p. B. = ohne pathologischen Befund [T756]

Als Nächstes schaue ich mir den **Bewegungsapparat** an, machen Sie doch bitte die Bewegung mit den Beinen einfach mit, wenn es weh tut, sagen Sie es bitte … Ja, gut so, stellen Sie sich bitte hin und machen wieder die Bewegungen mit … Die Arme sind gut beweglich … der Rücken auch. Stellen Sie sich doch bitte mal auf die Zehen … ja, und jetzt auf die Fersen … Gut prima, stellen Sie sich bitte hin und strecken die Arme nach vorne aus … Gut, bleiben Sie so stehen und schließen die Augen …

Ok, jetzt überprüfe ich noch ein paar **Reflexe** und dann sind wir fertig. Setzen Sie sich bitte hier hin … gut … jawohl … Versuchen Sie sich zu entspannen, denken Sie an den nächsten Urlaub … Ja, in Ordnung … Das hat jetzt gekitzelt, nicht war?

Wir sind fertig, es ist soweit alles in Ordnung. Jetzt werde ich das Ganze mit dem Oberarzt besprechen, wir müssen eventuell noch andere Untersuchungen machen.

Tun Sie das.

Sprechen Sie mit Vorgesetzten oder Kollegen nicht über Patienten, wenn andere Personen im Raum sind.

3.3 Fachkompetenz Patientenvorstellung

Die suffiziente Patientenvorstellung ist ein wichtiges Element in der Patientenversorgung und beinhaltet die vollständige Darstellung krankheitsrelevanter Informationen der Patienten. Sie ist die Grundlage zur Festlegung der Behandlung von den Entscheidungsträgern (Ober-, Chefarzt). Daher geht es in diesem Kapitel um die Patientenvorstellung gegenüber einem Oberarzt oder Chefarzt (➢ Abb. 3.7).

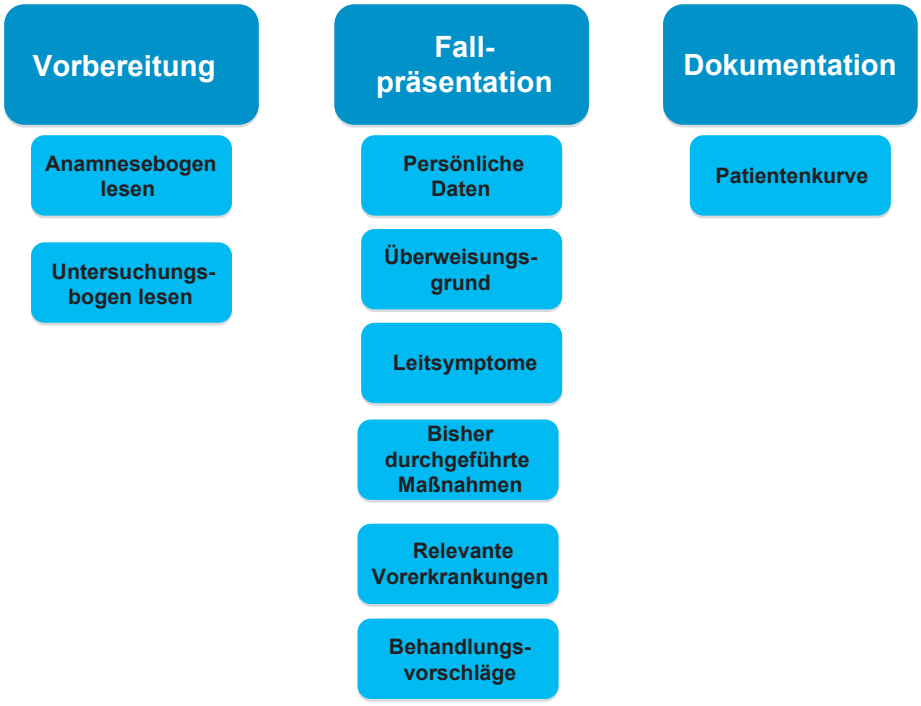


Abb. 3.7 Übersicht über den Ablauf der Patientenvorstellung [M947]

Für weitere Informationen zu Datenschutz und ärztlicher Schweigepflicht siehe Kap. 6.1.

3.3.1 Vorbereitung

1. Es handelt sich bei der Patientenvorstellung um Patientendaten, die nur den Beschäftigten der Klinik zugänglich sind (Patientendatenschutz).
2. Bereiten Sie sich auf die Patientenvorstellung vor. Sehen Sie sich dafür die Notizen oder die schriftliche Dokumentation der Anamneseerhebung und körperlichen Untersuchung an.

3.3.2 Patientenvorstellung

Präsentation des klinischen Falls

Erläuterungen sind differentialdiagnostisch und logisch zu präsentieren!

1. Ausführliche Präsentation (z. B. in den ärztlichen Konferenzen): Der Fokus dieses Gesprächs liegt auf den aktuellen Beschwerden sowie allen bisherigen Behandlungen. Zudem werden hier sämtliche Vorerkrankungen sowie vorangegangene Operationen nach Relevanz zusammengefasst.
2. Kurze Präsentation (z. B. in den täglichen Visiten): Hierbei geht es in erster Linie um die aktuellen Beschwerden, welche den Patienten veranlassten, ins Krankenhaus zu kommen, sowie den täglichen Verlauf der stationären Behandlung.

Weiteres Vorgehen

Wenn genügend Zeit zur Verfügung steht, ist es sinnvoll, Ihr weiteres Vorgehen und die damit verbundenen medizinischen Hintergrundkenntnisse zu erläutern.

3.3.3 Dokumentation

Die aus der Patientenvorstellung resultierenden Entscheidungen müssen dokumentiert werden. Zudem ist ein Vermerk in der Patientenakte notwendig, wer der Entscheidungsträger war (mindestens mit Facharztstandard). Dafür liegen in den Kliniken in der Regel keine standardisierten Dokumentationsbögen vor.

3.3.4 Vokabular und Leitsätze

Präsentation des klinischen Falls (ausführlich)

Diese Form der Patientenvorstellung beinhaltet ausführliche Informationen über den Patienten und ist somit ideal für die erste Vorstellung in den ärztlichen Konferenzen.

Persönliche Daten (Name, Alter, Geschlecht)

Herr Maier, ein 67-jähriger Patient, …

Grund der Vorstellung (Verdachtsdiagnose und Beschwerden)

Herr Maier wurde vom Hausarzt überwiesen/geschickt zur Abklärung des Verdachts auf …
Herr Maier stellte sich bei uns in der Ambulanz vor aufgrund … (… von/… wegen/… mit folgenden Beschwerden: …)

Aktuelle Beschwerden

Die aktuellen Beschwerden mit den Leitsymptomen, deren Beginn und Verlauf sind darzustellen.

Herr Maier berichtet über …
Herr Maier leidet unter …
Herr Maier klagt über …
Diese Schmerzen traten vor drei Wochen erstmalig auf.
Diese Schmerzen bestehen seit drei Wochen.

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen bis zur Vorstellung/Einweisung

Eine ambulant durchgeführte Koloskopie ergab einen/keinen auffälligen pathologischen Befund.
Die PSA-Werte sind erhöht.

Es wurde eine PSA-Erhöhung festgestellt.
Die PSA-Werte sind angestiegen.
Es kam zu einem Anstieg der PSA-Werte.

Vorschlag über das weitere Prozedere (je nach Situation)

Ich denke, … (… eine Untersuchung, … eine medikamentöse Behandlung, … ein Eingriff) ist indiziert.
Aufgrund dieses klinischen Bildes und der radiologischen Befunde schlage ich vor, …
Da der Patient unter … leidet, ist es erforderlich, … durchzuführen.
Bei neu aufgetretenen … sollten wir … durchführen.

Nebendiagnosen und Allergien (nach Relevanz oder auf Nachfrage)

An weiteren Diagnosen sind bekannt: eine arterielle Hypertonie sowie eine mit Insulin eingestellte Diabetes.

Medikation und Allergie (nach Relevanz oder auf Nachfrage)

Er wird mit Tamsulosin behandelt.
Außerdem ist eine Penicillinallergie bekannt.
Es sind keine Allergien bekannt.
Die medikamentöse Einstellung ist noch nicht abgeschlossen.

Körperlicher Untersuchungsbefund

Beim Darstellen des Untersuchungsbefunds nur die Auffälligkeiten berichten.

Der Patient ist somnolent, aber erweckbar und dann nur zur Person orientiert.
Bei der neurologischen Untersuchung zeigt sich eine rechtsseitige Hemiparese mit Sensibilitätsstörung.
Die klinische Untersuchung ergab keine Auffälligkeiten.

Präsentation des klinischen Falls (kurz)

Diese kurze Form der Patientenvorstellung stellt die relevanten Informationen über den Patienten dar und ist somit für die täglichen Patientenvisiten oder Konsilanfragen ideal.

Persönliche Daten (Name, Alter, Geschlecht)

Herr Maier, ein 67-jähriger Patient, …

Grund der Vorstellung (Verdachtsdiagnose)

Herr Maier kommt zu uns wegen des Verdachts auf …

Aktuelle Beschwerden

Herr Schmitt berichtet über …
Herr Schmitt leidet unter …
Herr Schmitt klagt über …
Diese Schmerzen traten vor drei Stunden erstmalig auf.
Diese Schmerzen bestehen seit drei Stunden.

Krankheitsverlauf und weiteres Prozedere

Heute zeigte sich ein Anstieg der Infektparameter.
Durch die medikamentöse Therapie kam es zu einer Besserung der Diurese.
Die computertomografische Kontrolle des Schädels ergab eine abnehmende Größe der Blutung.
Es sind keine laborchemischen oder klinischen Infektzeichen nachweisbar.

Konsilanfragen

Konsil nennt man die Fachberatung durch Ärzte anderer Fachgebiete.

Ich bitte Sie um Mitbeurteilung und gegebenenfalls einen Therapievorschlag.
Die Behandlung in unserer Klinik ist abgeschlossen. Ich bitte Sie um die Übernahme des Patienten zur weiteren Behandlung in Ihre Klinik.
Der Patient wird heute nach Hause entlassen. Ich bitte Sie um einen ambulanten Vorstellungstermin in Ihrer Klinik.

Gebrauch von Konjunktiv I

Für die Diagnosestellung sind die Angaben des Patienten relevant. In der schriftlichen Kommunikation sind Redundanzen zu vermeiden und nur das Wesentliche zusammenzufassen. Auch wenn der Einfachheit halber die mündliche Vorstellung im Präsenz erfolgt, empfiehlt sich für die schriftliche Berichterstattung der Konjunktiv I.

Zudem ermöglicht es die indirekte Rede, sich von den Angaben eines Patienten zu distanzieren. Mit dem Indikativ dagegen stellt der Autor sich gewissermaßen hinter die Angaben des Patienten, die er aber nur referieren kann. Der Indikativ drückt immer aus, dass der mit einer Verbform genannte Vorgang tatsächlich und wirklich ist.

Dokumentation

Die Dokumentation der resultierenden Entscheidungen mit Namen der Entscheidungsträger erfolgt in der Patientenakte. Die Dokumentation des Fallbeispiels „Angina pectoris“ ist in Abschnitt 3.3.5 (➔ Abb. 3.8) dargestellt.

3.3.5 Klinischer Fall: Angina pectoris – Koronare Herzkrankheit

Herr Kollege, Sie haben einen Patienten aufgenommen.

Ja, Herrn Bunte, 56 Jahre alt, er kommt zu uns wegen pektanginösen Beschwerden, die belastungsabhängig auftreten. Die Beschwerden bestehen seit ca. 3 Monaten, sind Nitro positiv und können an typische Stellen ausstrahlen. Bei dem Patienten ist eine arterielle Hypertonie seit ca. 3 Jahren bekannt und wird behandelt. An Voruntersuchungen sind bisher ein EKG gemacht worden und Blut abgenommen worden; die Befunde sollen uns gefaxt worden sein.

Ja, die liegen vor.

Zusätzliche Risikofaktoren sind eine sehr lange Raucheranamnese und eine berufliche Stressbelastung; der Vater hatte einen Herzinfarkt.

Wie ist der Patient belastbar?

Er gibt an, nach zehn Treppenstufen Schmerzen zu bekommen.

Ok, dann ist die Indikation für eine Koronarangiografie gegeben, gehen Sie zu Herrn Bunte und erklären Sie ihm den Eingriff und die möglichen Risiken und Komplikationen. Wir machen die nötigen Voruntersuchungen heute und den Eingriff dann morgen. Wenn alles gut geht, kann Herr Bunte am Tag darauf wieder nach Hause.

Danke, dann gehe ich jetzt zu ihm und bespreche den Befund mit ihm.

Patientenvorstellung

Weiteres Prozedere

Ausführlich

Nach Rücksprache mit dem Oberarzt Dr. med. Rühe wurde die Indikation zur Durchführung einer Koronarangiografie gestellt.

Kurz

RS mit OA Dr. med. Rühe: Indiaktion zur Koronarangiografie.

Abb. 3.8 Dokumentation der Patientenvorstellung am Fallbeispiel „Angina pectoris"; RS = Rücksprache, OA = Oberarzt [T756]

3.4 Fachkompetenz Patientenaufklärung

Die Patientenaufklärung ist ein wichtiger Teil des Patientengesprächs, für den genügend Zeit eingeplant werden sollte (➔ Abb. 3.9)

Abb. 3.9 Überblick über den Ablauf der Patientenaufklärung [M947]

3.4.1 Vorbereitung

1. Suchen Sie einen ruhigen Ort (z. B. Untersuchungszimmer, Arztzimmer) auf.
2. Bereiten Sie sich auf das Gespräch vor. Gehen Sie hierfür die Indikation zur Durchführung der Intervention, den Ablauf der Intervention sowie die Vor- und Nachteile dieses Verfahrens durch.

3.4.2 Patientenaufklärung

Vorstellung und Begrüßung

1. Stellen Sie sich vor. Nennen Sie Ihren Name mit Titel sowie Ihre Funktion.
2. Fragen Sie nach dem Namen des Patienten.
3. Schauen Sie den Patienten an.

Falls die Aufklärung im Patientenzimmer stattfindet, fragen Sie den Patienten, ob er mit der Anwesenheit seiner Angehörigen während des Aufklärungsgespräches einverstanden ist.

Ablauf des Gesprächs

Ein strukturiertes umfassendes Aufklärungsgespräch beinhaltet folgende Punkte:

- Indikation zur Durchführung der Maßnahme: Warum ist es wichtig, diese Untersuchung durchzuführen?
- Vorgehensweise und Ablauf der Maßnahme: Wie wird die Untersuchung genau durchgeführt?
- Allgemeine und spezielle Risiken und mögliche Komplikationen: Was kann dabei passieren?
- Behandlungsalternativen: Gibt es andere Behandlungsmöglichkeiten? Was würde passieren, wenn der Patient nichts macht?
- Zusatzmaßnahmen: Was muss vorher und hinterher beachtet werden?

Hinweise für die Durchführung des Gesprächs

Medizinische Fachausdrücke vermeiden oder gegebenenfalls erklären.

- Bei Patienten, die die deutsche Sprache nicht ausreichend verstehen, müssen Sie einen Dolmetscher bzw. eine Person (Familienangehörige), die in der Lage ist, zu übersetzen, hinzuziehen. Dies muss durch Unterschrift auf dem Aufklärungsbogen bestätigt werden.
- Wenn Zeichnungen oder Modelle (z. B. Schädel) im Aufklärungsbogen vorhanden sind, empfiehlt es sich, diese bei der Aufklärung zu verwenden.
- Wie lange das Aufklärungsgespräch dauert und wie ausführlich es sein muss, hängt vom Verständnis und den Vorkenntnissen des Patienten ab.
- Zur erfolgreichen Aufklärung gehört eine gute Kommunikationskompetenz. Seien Sie empathisch und zeigen Sie Verständnis, wenn der Patient ängstlich oder traurig ist. Die non-verbale Kommunikation spielt hierbei eine große Rolle.
- Die Aufklärungsbögen dienen der Vorbereitung, Entlastung und Dokumentation des Aufklärungsgespräches. Sie ersetzen jedoch nicht das persönliche Gespräch zwischen Arzt und Patient.

Zeitpunkt der Aufklärung

Das Aufklärungsgespräch muss möglichst frühzeitig vor einer geplanten Maßnahme erfolgen.

Das Aufklärungsgespräch muss zeitlich so erfolgen, dass der Patient Zeit hat, sich seine Einwilligung in Ruhe zu überlegen und sich auch über alternative Verfahren zu informieren. Bei großen geplanten Eingriffen wird als Richtlinie ein Aufklärungsgespräch mindestens 24 Stunden vor der Behandlung empfohlen.

Ist der Patient **nicht aufklärungsfähig,** sollte eine gesundheitliche Betreuung des Patienten bei dem zuständigen Amtsgericht eingeleitet werden.

Aufklärungsfähigkeit: Der Patient ist voll orientiert und krankheitseinsichtig.

Krankheitseinsicht: Der Patient erkennt seine vom Arzt als krankhaft beurteilten Beschwerden an.

In **Notsituationen** ist ein vorheriges Aufklärungsgespräch nicht erforderlich. Begleitpersonen wie z. B. Angehörige sollten aber einbezogen und informiert werden. Der Patient sollte nachträglich, z. B. bei Wiedererlangen des Bewusstseins, in üblicher Weise über die erfolgte Behandlung und deren Folgen aufgeklärt werden.

Kinder als Patienten

Im Falle von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sollten beide Eltern aufgeklärt werden. Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Eltern ist der Sorgeberechtigte aufzuklären.

Nach der Aufklärung erläutern Sie das weitere Vorgehen (z. B. Zeitpunkt der Intervention). Ermutigen Sie den Patienten dazu, Fragen zu stellen.

Beendigung des Gesprächs

Nach ausführlicher Erklärung der Maßnahme sollte der Patient die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen. Diese müssen beantwortet und alle Unklarheiten beseitigt werden.

Wenn der Patient der Durchführung der vorgeschlagenen medizinischen Maßnahme zustimmt, gibt er die Bestätigung seines Einverständnisses durch seine Unterschrift.

Lehnt er nach dem Aufklärungsgespräch die Maßnahme ab oder widerruft er seine Einwilligung später, müssen Sie ihn über die möglichen gesundheitlichen Folgen aufklären. Dies sollte dann im verwendeten Formular in der Rubrik „Ärztliche Anmerkungen/Vermerke“ dokumentiert und die Ablehnung durch eine Unterschrift des Patienten bestätigt werden.

Der Patient kann auf die Aufklärung verzichten. Dies muss sorgfältig dokumentiert werden!

3.4.3 Dokumentation

Nach dem Gespräch erfolgt eine Notiz in der Krankenakte, z. B. „Der Patient wurde über die Intervention ausführlich aufgeklärt und willigte in den Eingriff ein“ (➔ Abb. 3.10).

3.4.4 Vokabular und Leitsätze

Kontaktaufnahme

Ich möchte Sie über den operativen Eingriff informieren.
Ich möchte Sie über die geplante Maßnahme aufklären.
Dürfen Ihre Angehörigen im Zimmer bleiben?
Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Angehörigen beim Aufklärungsgespräch dabeibleiben?

Patientenaufklärung

Der Patient wurde ausführlich aufgeklärt. Er willigte in den Eingriff ein. Die Koronarangiografie ist für morgen geplant.

Abb. 3.10 Beispiel für die Notiz zur Aufklärung in der Krankenakte [T756]

Indikation zur Durchführung der Maßnahme

Die beste Behandlungsmöglichkeit bei Ihrer Erkrankung ist die operative Entfernung … (… des Tumors, … des Blinddarms).
Zur Festlegung der bestmöglichen Behandlung ist es sinnvoll, die Herzgefäße genauer darzustellen.
Für das weitere Vorgehen ist es erforderlich, eine Gewebeprobe von der Magenschleimhaut zu entnehmen.
Aufgrund der steigenden Infektparameter/Infektwerte halten wir es für wichtig, Ihren Blinddarm zu entfernen.

Vorgehensweise und Ablauf der Maßnahme

Sechs Stunden vor der Operation dürfen Sie nichts mehr trinken oder essen.
Dieser Eingriff erfolgt in lokaler Betäubung, das bedeutet, nur die Hand wird während des Eingriffs betäubt sein.
Diese Maßnahme erfolgt unter Vollnarkose. Das bedeutet, dass Sie künstlich in einen Tiefschlaf versetzt werden.
Die Maßnahme beginnt mit dem Einführen von …
Anschließend wird der Operateur …
Am Ende der Operation erfolgt …

Allgemeine und spezielle Risiken – mögliche Komplikationen

Bei der Durchführung dieser Intervention bestehen einige Risiken. Man kann sie in allgemeine und spezielle Risiken unterteilen.
Die allgemeinen Risiken sind …
Speziell bei dieser Operation kann es zu … kommen.

Behandlungsalternativen

Es besteht die Möglichkeit, diese Krankheit konservativ zu behandeln. Das bedeutet, nur mit Medikamenten und ohne Operation. Leider hat eine konservative Vorgehensweise aber keine guten Aussichten auf eine endgültige Heilung.
Eine Alternativmethode ist der Ultraschall des Bauches. Allerdings ist die Beurteilung der Magenschleimhaut nur eingeschränkt möglich und eine Probeentnahme ist nicht möglich.
Man kann zunächst versuchen, Ihre Krankheit mit einem Medikament in den Griff zu bekommen. Falls aber die Hormonwerte so hoch bleiben, sollte die Schilddrüse operativ entfernt werden.

Beendigung des Gesprächs

Haben Sie alles verstanden?
Haben Sie noch Fragen?
Sie können an der vorgesehenen Stelle unterschreiben.
Selbstverständlich können Sie sich alles erst einmal überlegen und Rücksprache mit Ihrem Hausarzt halten. Wenn Sie dann Fragen haben, kommen Sie zu mir. Ich bin im Arztzimmer.

Dokumentation

Die Dokumentation der Patientenaufklärung inklusive der Zustimmung oder Ablehnung des Patienten erfolgt mit seiner Unterschrift auf dem Aufklärungsbogen, den auch der aufklärende Arzt unterschreiben muss.

3.4.5 Klinischer Fall: Angina pectoris – Koronare Herzkrankheit

Hallo, Herr Bunte, da bin ich wieder, ich habe mit meinem Oberarzt gesprochen und wir sind der Meinung, dass man bei Ihnen eine Katheteruntersuchung des Herzens und seiner Blutgefäße machen sollte.

Das klingt nicht gut.

Ja, das ist eine Untersuchung, die – man könnte sagen – eingreifend, wir nennen das invasiv, ist, die wir aber mehrfach am Tag machen und darin große Erfahrung haben.

Und was wollen Sie da genau machen?

Bei der Koronarangiografie – so nennt sich die Untersuchung – wird Ihnen ein Katheter, das ist ein dünner Schlauch, in eine Schlagader geschoben und bis zum Herz vorgeschoben, dort können wir dann mit Hilfe eines Kontrastmittels untersuchen, wie das Herz arbeitet und ob in den Herzkranzgefäßen Verengungen oder Verschlüsse sind.

Das habe ich jetzt nicht verstanden, wie kommt denn dieser Schlauch in meine Schlagader?

Meistens erfolgt das in der Leiste: Wir machen eine örtliche Betäubung, dann machen wir einen kleinen Schnitt, stechen in die Arterie und schieben den Katheter hinein.

Tut das nicht weh?

Nur der Stich von der örtlichen Betäubung tut weh, danach spüren Sie fast nichts, höchstens das Kontrastmittel kann mal ein Wärmegefühl auslösen. Ist die Untersuchung jetzt für Sie verständlich oder haben Sie noch Fragen zum Vorgehen?

Sie haben da etwas von den Herz-ich-weiß-nicht-was-Gefäßen gesagt, von denen habe ich noch nichts gehört.

Schauen Sie sich diese Abbildung an, das hier sind die Herzkranzgefäße, wir nennen sie Koronargefäße, sie sind sehr wichtig für die Blutversorgung des Herzens.

Und was war das mit dem Kontrastmittel?

Das wird eingespritzt über den Katheter, dann können wir im Röntgenbild alles gut sehen.

Mir ist das unheimlich, kann man denn nicht andere Untersuchungen machen?

Natürlich gibt es Alternativuntersuchungen, aber sie führen meist zu keinem so klaren Ergebnis und bei dieser Untersuchung können wir zugleich auch behandeln.

Wie denn das?

Wenn eine Gefäßverengung vorliegt, können wir diese erweitern und sogar einen Stent, das ist eine Art Drahtröhrchen, einlegen, sodass das Gefäß offen gehalten wird.

Das klingt zwar gut, aber ich habe da doch Angst, wenn Sie so in meinem Körper rumfahren, das ist doch bestimmt nicht ungefährlich.

Das ist gut verständlich und wir würden Ihnen das auch nicht vorschlagen, wenn wir nicht davon überzeugt wären, dass diese Untersuchung notwendig ist.

Notwendig?

Ja, denn Sie sind gefährdet, einen Herzinfarkt oder andere Komplikationen zu bekommen.

Ich glaube, das hat mein Hausarzt auch gesagt.

Sehen Sie, und der kennt Sie bestimmt sehr gut, zu den Gefahren möchte ich Ihnen aber jetzt auch noch ein paar Dinge sagen, wenn Ihnen das recht ist.

Ja, erzählen Sie nur, ich kann dann ja immer noch entscheiden, ob ich zustimme.

Aber selbstverständlich und bitte denken Sie daran, dass bei jedem Eingriff Komplikationen entstehen können, auch z. B. bei einer Blutabnahme, oder dass auch jedes Medikament Nebenwirkungen haben kann, trotzdem nehmen Sie ja Ihr Bisoprolo.

Ja, das weiß ich ja.

Also als Erstes ist da mal ein Herzstolpern, das Sie spüren können, das ist allerdings ganz harmlos; allerdings gibt es auch selten ernsthafte Rhythmusstörungen, die wir medikamentös oder gar elektrisch behandeln müssen. Außerdem kann es zu Blutungen kommen, wir müssen für die Untersuchung Ihr Blut nämlich verdünnen. Neigen Sie zu Blutungen?

Nein.

Das ist gut, dann ist da auch nichts zu erwarten, solche Blutungen können unter Umständen dazu führen, dass man Ihnen Fremdblut geben muss mit einer allerdings sehr geringen Infektionsgefahr für eine Leberentzündung oder gar einer HIV-Infektion.

Was ist denn das?

Diese Infektion kann zu Aids führen.

Das möchte ich aber wirklich nicht.

Wir haben ja festgestellt, dass diese Gefahr bei Ihnen minimal ist; unter Umständen müsste man dann auch operieren, was auch der Fall sein könnte, wenn es zu einer Verletzung kommt, aber das ist nun wirklich ganz selten.

Sie machen mir noch mehr Angst.

Das glaube ich Ihnen gerne, aber wir sind verpflichtet, Ihnen alle nur denkbaren Komplikationen aufzuzeigen, das tut mir leid, aber denken Sie mal an den Beipackzettel Ihres Medikaments, da steht auch ganz viel drauf und trotzdem nehmen sie es ein.

Ja, schon.

Auf zwei Komplikationen möchte ich noch eingehen: Es kann in seltenen Fällen zu einem Blutgerinnsel durch die Untersuchung kommen, das kann ein Gefäß verstopfen und zu weiteren Komplikationen führen, die nicht ungefährlich sind. Allerdings machen wir aus diesem Grund die Blutverdünnung, sodass diese Komplikation sehr unwahrscheinlich ist.

Na ja, aber passieren kann es eben doch.

Leider, wir können aber darauf reagieren und Ihnen helfen. Etwas noch: arbeitet Ihre Niere normal?

Keine Ahnung.

Da werde ich mich bei Ihrem Hausarzt erkundigen, denn wenn die Niere nicht richtig arbeitet, gibt es da auch noch eine Komplikationsmöglichkeit, leider.

Also mein Hausarzt hat da noch nie etwas davon gesagt, dass meine Niere nicht richtig arbeitet.

Umso besser! Was ich noch sagen möchte: Nach der Untersuchung kann es zu einem mehr oder minder großen Bluterguss kommen an der Einstichstelle, deshalb lesen Sie sich genau unsere Verhaltensvorschriften für die Zeit nach der Untersuchung durch.

Das mache ich.

Unter Umständen kann es auch zu einer Nachblutung kommen, deshalb behalten wir Sie nach der Untersuchung bis zum nächsten Tag hier.

Noch habe ich mich aber nicht entschlossen.

Ich will Sie auch nicht drängen, lesen Sie sich bitte diesen Aufklärungsbogen jetzt nochmals genau durch, ich beantworte dann gerne Ihre Fragen. Wenn Sie können, beantworten Sie dann auch die hier aufgeführten „wichtigen Fragen". Haben Sie denn im Moment noch irgendwelche Fragen?

Wie häufig kommt es denn bei Ihnen bei dieser Untersuchung zu ernsthaften Komplikationen?

Da habe ich keine Zahl parat, ich werde aber den Oberarzt danach fragen. Ich komme dann nachher noch einmal zu Ihnen, bis später.

3.5 Fachkompetenz Schreiben von Arztbriefen

Arztbriefe sind eine schriftliche Kommunikation in der medizinischen Fachsprache mit allen behandelnden Ärzten. Sie stellen eine Zusammenfassung der Beschwerden, der durchgeführten bisherigen Diagnostik und Behandlung des Patienten dar. Sie unterscheiden sich in den einzelnen Fachrichtungen und sind auch zwischen den Abteilungen verschieden. Im Anschluss wird hier auf das Freiburger Modell eingegangen (➔ Abb. 3.11). Da jede Klinik eigene Vorgaben besitzt, müssen diese jeweils erfragt und beachtet werden.

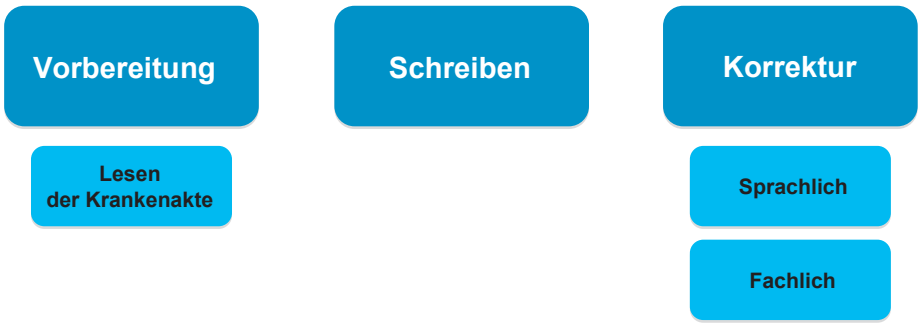


Abb. 3.11 Übersicht über den Ablauf beim Schreiben von Arztbriefen [M947]

3.5.1 Vorbereitung

1. Sie sollten den Patienten sowie seine Geschichte kennen und wissen, welche Ärzte ihn bisher betreut haben.
2. Lesen Sie die Krankenakte des Patienten.

3.5.2 Schreiben von Arztbriefen

Man kann Arztbriefe je nach Fachrichtung und Versorgungsbereich in zwei Arten unterteilen:
- Arztbriefe operativer Fachrichtung
- Arztbriefe nicht-operativer Fachrichtung

Arztbriefe operativer Fachrichtung

Stationärer Aufenthalt

In den operativen Bereichen erfolgt die stationäre Patientenaufnahme in der Regel zur Durchführung eines Eingriffs. Daher fokussiert sich die schriftliche Kommunikation mit dem Hausarzt und den weiterbehandelnden Ärzten auf die Operation sowie den präoperativen und postoperativen Verlauf der Erkrankung.

Ambulante Vorstellung

- Erstvorstellung zur Beurteilung neu aufgetretener Beschwerden: Die erste ambulante Vorstellung erfolgt in der Regel zur Abklärung neu aufgetretener Beschwerden oder zur Evaluierung von möglichen Therapieoptionen einer Erkrankung im Hinblick auf die Durchführung einer operativen Behandlung.
- Verlaufskontrolle: Eine Verlaufskontrolle erfolgt nach einer stattgefundenen operativen Therapie zur Dokumentation des Therapieresultats und der Behandlung von eventuellen Restbeschwerden oder aufgetretenen Komplikationen.

Arztbriefe nicht-operativer Fachrichtung

Stationärer Aufenthalt

In den nicht-operativen Bereichen erfolgt die stationäre Patientenaufnahme in der Regel zur Abklärung eines oder mehrerer Symptome und gegebenenfalls Einleitung einer konservativen Be-

handlung. Daher fokussiert sich die schriftliche Kommunikation mit dem Hausarzt und weiterbehandelnden Ärzten auf die Beschreibung der Symptome, die bereits erfolgten Untersuchungen zur Abklärung der Symptome und die Schlussfolgerung mit der Therapieempfehlung.

Ambulante Vorstellung

- Erstvorstellung zur Beurteilung neu aufgetretener Beschwerden: Die erste ambulante Vorstellung erfolgt in der Regel zur Abklärung neu aufgetretener Beschwerden oder zur Evaluierung von möglichen Therapieoptionen einer Erkrankung im Hinblick auf die Durchführung einer konservativen Behandlung.
- Verlaufskontrolle: Eine Verlaufskontrolle im Rahmen einer konservativen Therapie erfolgt zur Dokumentation von Behandlungsfortschritten und gegebenenfalls zur Optimierung der Therapie.

3.5.3 Grundstruktur von Arztbriefen

Arztbriefe operativer Fachrichtung

Stationärer Aufenthalt

Der **Arztbrief operativer Fachrichtung** sollte folgende Elemente enthalten (➢ Abb. 3.12):

1. Adresse des weiterbehandelnden Arztes
2. Adresse aller beteiligten Ärzte
3. Name des weiterbehandelnden Arztes
4. Dauer des stationären Aufenthalts
5. **Diagnosen:** Hauptdiagnose mit den Nebendiagnosen (unter Angabe von bisheriger Operations- bzw. Interventionsbezeichnung und -datum)
6. **Vorgeschichte:** Chronologische Darstellung der Beschwerden mit allen Therapien bis zum Tag der Aufnahme. Die Betonung liegt auf den neu aufgetretenen Symptomen, die zur stationären Aufnahme führten.
7. **Aufnahmebefund:** Untersuchungsbefund
8. **Verlauf I:** Die durchgeführte Diagnostik und Verdeutlichung der Operationsindikation (Warum ist die Operation indiziert?)
9. **Operation:** Bezeichnung der Operation
10. **Verlauf II:** Postoperativer Verlauf (Verschlechterung/Besserung der bestehenden Beschwerden, Auftreten von möglichen Komplikationen)
11. **Entlassbefund:** Entlassungsbefund mit Beschreibung der Wundheilung
12. **Medikation**
13. **Therapievorschlag:** Physiotherapie, Entfernung von Wundnähten (Klammern) und Wundversorgung, Verlaufskontrolle in der Ambulanz
14. **Sich bedanken:** Grußformel mit Namen der Briefverfasser

Erste ambulante Vorstellung

1. Adresse des überweisenden Arztes
2. Adresse aller beteiligten Ärzte
3. Name des überweisenden Arztes
4. Datum der ambulanten Vorstellung
5. **Diagnosen:** Hauptdiagnose mit den Nebendiagnosen (unter Angabe von Operations- bzw. Interventionsbezeichnung und -datum)
6. **Vorgeschichte:** Chronologische Darstellung der Beschwerden nach der Entlassung des Patienten bis zum Tag der ambulanten Vorstellung. Die Betonung liegt auf den neu aufgetretenen Symptomen, die zur ambulanten Vorstellung führten.
7. **Befund bei Vorstellung:** Untersuchungsbefund
8. **Diagnostik:** Mitgebrachte oder durchgeführte Diagnostik

9. **Beurteilung:** Fachärztliche Stellungnahme zur empfohlenen Behandlung des Patienten (Indikation zur Operation oder weiterführende Untersuchungsmaßnahmen, Indikation zur konservativen Therapie)
10. **Sich bedanken:** Grußformel mit Namen der Briefverfasser

Ambulante Verlaufskontrolle

1. Adresse des überweisenden Arztes
2. Adresse aller beteiligten Ärzte
3. Name des überweisenden Arztes
4. Datum der ambulanten Vorstellung
5. **Diagnosen:** Hauptdiagnose mit den Nebendiagnosen (unter Angabe von Operations- bzw. Interventionsbezeichnung und -datum)
6. **Vorgeschichte:** Chronologische Darstellung der Beschwerden des Patienten bis zum Tag der ambulanten Vorstellung. Die Betonung liegt auf den noch bestehenden Symptomen, die zur ambulanten Folgevorstellung führten.
7. **Befund bei Vorstellung:** Untersuchungsbefund
8. **Diagnostik:** Mitgebrachte oder durchgeführte Diagnostik
9. **Beurteilung:** Fachärztliche Stellungnahme zur weiteren Behandlung sowie Kontrollmaßnahmen (mit welchen klinischen und apparativen Untersuchungstechniken), insbesondere wenn Operationskomplikationen aufgetreten sind.
10. **Sich bedanken:** Grußformel mit Namen der Briefverfasser

Kardiologische Klinik
Universitätsklinikum Musterhausen

Kontakt:

Telefon 0XXX XXX-XXXX
Telefax 0XXX XXX-XXXX

Kardiologische Klinik, Musterstraße XX, XXXXX Musterhausen

1.

Dr. med. M. Mustermann
Musterstraße 10
00000 Musterhausen

Aktenzeichen NF-EdI
(bitte angeben)
Freiburg, 28.10.2014

2.

✉ Pat. selbst

✉ Dr. med. F. Musterfrau, Beispielstraße 10, 00000 Beispielberg

3.

Sehr geehrter Herr Kollege,

Oder

Sehr geehrter Herr Dr. med. Mustermann,

4.

wir berichten Ihnen nachfolgend über Frau XXX XXX, geboren am XX.XX.XXXX, die sich vom 26.11.2013 bis 03.12.2013 in unserer stationären Behandlung befand.

5.

Diagnose:

Parietookzipitale intrazerebrale Blutung rechts mit Ventrikeleinbruch am 26.11.2013

Operation am 27.11.2013

Oder (Nennen Sie die Hauptdiagnose ohne Therapie)

Parietookzipitale intrazerebrale Blutung rechts mit Ventrikeleinbruch am 26.11.2013

Vorerkrankungen:

Oder

Nebendiagnosen:

- Frontallappenepilepsie rechts
- Hüftprellung links
- Arterielle Hypertonie
- Hypertensive Krise 2008

Abb. 3.12 Beispiel für einen Arztbrief der operativen Fachrichtung; – = erloschen, –/– = beidseitig erloschen, + = vorhanden, +/+ = beidseitig vorhanden [T756]

6.

Aktuelle Anamnese:

Am 26.11.2013 klagte die Patientin über akut aufgetretene Kopfschmerzen und Hemiparese links. Die Patientin wurde notfallmäßig im Krankenhaus XXX vorgestellt. Computertomografisch zeigte sich eine rechtsseitige intrazerebrale Blutung mit Ventrikeleinbruch. Die notfallmäßige Schutzintubation erfolgte im primär versorgenden Krankenhaus XXX. Zur weiteren Therapie wurde die Patientin in unsere Klinik verlegt.

Oder

Die Patientin stellte sich am 26.11.2013 um 10 Uhr notfallmäßig mit plötzlich aufgetretenen Kopfschmerzen sowie einer linksseitigen Hemiparese im Krankenhaus XXX vor. Das durchgeführte CT des Schädels zeigte eine intrazerebrale Blutung rechts mit Ventrikeleinbruch. Anschließend wurde die Patientin als Schutzmaßnahme endotracheal intubiert. Zur weiteren Therapie nach der primären Versorgung wurde die Patientin stationär in unserer Klinik übernommen.

7.

Untersuchungsbefund auf Intensivstation:

Die Patientin war intubiert, analgosediert, darunter komatös. Cor: rhythmisch, rein. Pulmo: seitengleiches vesikuläres Atemgeräusch. Abdomen: weich, Darmgeräusche regelrecht. Neuro: Pupillen bds. isokor und lichtreagibel, kein Meningismus. Kornealreflex -/-, okulozephaler Reflex -, keine Bewegung bei Schmerzreiz, Babinski bds. negativ. Motorik und Sensibilität: nicht beurteilbar.

Oder (ausführlicherer Untersuchungsbefund)

Die Patientin war intubiert, analgosediert, darunter komatös. Cor: Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz von 70 Schlägen pro Minute und einem Blutdruck von 130/80 mmHg, reine Herztöne. Pulmo: volumenkontrollierte Beatmung im SIMV-Modus, seitengleiches vesikuläres Atemgeräusch. Abdomen: weich, Darmgeräusche regelrecht. Neuro: Pupillen bds. isokor, Lichtreaktion +/+, kein Meningismus, kein Kornealreflex, kein okulozephaler Reflex, keine Bewegung bei Schmerzreiz, Babinski bds. negativ. Motorik und Sensibilität: nicht beurteilbar.

8.

Verlauf I:

Bei computertomografisch nachgewiesener raumfordernder Hirnblutung stellten wir die Indikation zur operativen Entlastung. Eine Eilbetreuung der Patientin wurde bei dem zuständigen Amtsgericht eingeleitet. Über Risiken, mögliche Komplikationen sowie Erfolgsaussichten und Behandlungsalternativen wurde der Betreuer ausführlich aufgeklärt. Er gab sein schriftliches Einverständnis.

Abb. 3.12 (Forts.) Beispiel für einen Arztbrief der operativen Fachrichtung; – = erloschen, –/– = beidseitig erloschen, + = vorhanden, +/+ = beidseitig vorhanden [T756]

Oder

Das mitgebrachte CT des Schädels zeigte eine raumfordernde Hirnblutung rechts mit Ventrikeleinbruch. Aufgrund des klinischen Bildes und der radiologischen Befunde wurde eine operative Entlastung indiziert. Der Ehemann wurde gerichtlich zum Betreuer bestellt. Nach der umfassenden Aufklärung des Betreuers willigte er in den Eingriff ein.

9.

Operation am 27.11.2013:

Operative Entlastung mit Anlage einer Blutungsdrainage über eine Minibohrlochtrepanation rechts.

Oder

Es wurde eine operative Entlastung sowie eine Anlage einer Blutungsdrainage über eine Minibohrlochtrepanation rechts durchgeführt.

10.

Verlauf II:

Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Die Patientin konnte direkt postoperativ extubiert werden. Zur Überwachung wurde sie zunächst auf die Intensivstation übernommen.

In einem kardiopulmonal stabilen Zustand konnte sie am Folgetag auf die Normalstation verlegt werden. Das durchgeführte Kontroll-CT des Schädels zeigte eine rückläufige Hirnblutung rechts. Die Blutungsdrainage konnte am 01.12.2013 entfernt werden. Im Verlauf berichtete die Patientin über Besserung der Schmerzsymptomatik und der linksseitigen Hemiparese.

Oder

Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die Patientin wurde extubiert und zur Überwachung zunächst auf die Intensivstation aufgenommen. In einem kardiopulmonal stabilen Zustand wurde sie am Folgetag auf die Normalstation übernommen. Im Kontroll-CT des Schädels zeigte sich eine regrediente intrazerebrale Blutung rechts. Die Blutungsdrainage wurde am 01.12.2013 entfernt. Unter krankengymnastischer Therapie waren die Schmerzsymptomatik und die linksseitige Hemiparese rückläufig.

11.

Entlassungsbefund:

Bei der Entlassung war die Patientin wach, allseits orientiert und kooperativ. Cor: unauffällig. Pulmo: unauffällig. Abdomen: unauffällig. Neuro: Pupillen bds. isokor und lichtreagibel. Hirnnervenstatus: orientierend unauffällig. Motorik: Besserung der Hemiparese links, Kraftgrad ⅗. Sensibilität: unauffällig. Gangbild: leicht hinkend. Die Operationswunde war reizlos.

Abb. 3.12 (Forts.) Beispiel für einen Arztbrief der operativen Fachrichtung; – = erloschen, –/– = beidseitig erloschen, + = vorhanden, +/+ = beidseitig vorhanden [T756]

Oder

Die Patientin war wach, voll orientiert und kooperativ. Cor: unauffällig. Pulmo: unauffällig. Abdomen: unauffällig. Neuro: Pupillen bds. isokor und lichtreagibel. HN-Status: orientierend unauffällig. Motorik: Besserung der Hemiparese links KG ⅗. Sensibilität: unauffällig. Gangbild: leicht hinkend. Die Operationswunde war reizlos verheilt.

12.

Medikation bei Entlassung:

ASS	100 mg	Pause
Levetiracetam	500 mg	1-0-1
Ramipril	5 mg	1-0-1
Amlodipin	5 mg	1-0-1
Paracetamol	500 mg	1-1-1

13.

Therapievorschlag:

Unsere Empfehlung zu den Hauptbefunden

Wir verlegen die Patientin in Ihre Klinik zur weiteren Rehabilitationstherapie. Wir bitten um regelmäßige Wundkontrollen, bei unauffälliger Wundheilung können die Fäden am 10. postoperativen Tag entfernt werden. Die Einnahme von ASS darf erst 3 Wochen nach der Operation begonnen werden.

Oder

Zur rehabilitativen Behandlung wird die Patientin in Ihre Klinik verlegt. Bei unauffälliger Wundheilung bitten wir um Entfernung der Fäden am 10. postoperativen Tag. Die Therapie mit ASS soll 3 Wochen ab dem Operationstag pausiert werden.

Unsere Empfehlung zu den Nebenbefunden

Die Blutdruckwerte zeigten sich unter Therapie mit Amlodipin und Ramipril teilweise weiterhin deutlich erhöht, sodass wir um regelmäßige Kontrollen und die entsprechende medikamentöse Einstellung bitten.

Oder

Die arterielle Hypertonie war unter der medikamentösen Therapie mit Amlodipin und Ramipril grenzwertig ausreichend behandelt. Wir bitten um engmaschige Kontrollen der Blutdruckwerte und ggf. Optimierung der medikamentösen Therapie.

Abb. 3.12 (Forts.) Beispiel für einen Arztbrief der operativen Fachrichtung; – = erloschen, –/– = beidseitig erloschen, + = vorhanden, +/+ = beidseitig vorhanden [T756]

Vorstellung in der Ambulanz

Bei unauffälligem Verlauf bitten wir um Wiedervorstellung der Patientin in unserer Ambulanz nach Terminvereinbarung unter 0XXX/XXX-XXXX in 3 Monaten. Die Patientin soll hierzu aktuelle CT-Bilder des Schädels mitbringen.

Oder

Wir empfehlen eine ambulante Wiedervorstellung der Patientin am 27.02.2014 um 10 Uhr. Zu diesem Termin soll die Patientin aktuelle CT-Bilder des Schädels mitbringen.

14.

Wir verbleiben mit freundlichen kollegialen Grüßen,

Oder

Wir bedanken uns für die Zusammenarbeit und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Mustermann	PD Dr. med. Musterfrau	Mustermann
Chefarzt	Oberärztin	Assistenzarzt

Abb. 3.12 (Forts.) Beispiel für einen Arztbrief der operativen Fachrichtung; – = erloschen, –/– = beidseitig erloschen, + = vorhanden, +/+ = beidseitig vorhanden [T756]

Arztbriefe nicht-operativer Fachrichtung

Stationärer Aufenthalt

Der **Arztbrief nicht-operativer Fachrichtung** sollte folgende Elemente enthalten (➢ Abb. 3.13):

1. Adresse des weiterbehandelnden Arztes
2. Adresse aller beteiligten Ärzte
3. Name des weiterbehandelnden Arztes
4. Dauer des stationären Aufenthalts
5. **Diagnosen:** Hauptdiagnose mit den Nebendiagnosen (unter Angabe von Operations- bzw. Interventionsbezeichnung und -datum)
6. **Vorgeschichte:** Chronologische Darstellung der Beschwerden mit allen Therapien bis zum Tag der Aufnahme. Die Betonung liegt auf den neu aufgetretenen Symptomen, die zur stationären Aufnahme führten.
7. **Aufnahmebefund:** Untersuchungsbefund
8. **Verlauf:** Die zur Abklärung der Beschwerden durchgeführte Diagnostik. Falls eine Behandlung anschließend begonnen wurde, diese erwähnen und über deren Ergebnisse berichten.
9. **Entlassbefund:** Entlassungsbefund
10. **Medikation**
11. **Therapievorschlag:** Aufgrund der neuen Erkenntnisse (nach den durchgeführten klinischen und apparativen Untersuchungen) soll eine Empfehlung zur weiteren Therapie im ambulanten Versorgungsbereich sowie Verlaufskontrollen in der eigenen Ambulanz ausgesprochen werden.
12. **Sich bedanken:** Grußformel mit Namen der Briefverfasser

Erste ambulante Vorstellung

1. Adresse des überweisenden Arztes
2. Adresse aller beteiligten Ärzte
3. Name des überweisenden Arztes
4. Datum der ambulanten Vorstellung
5. **Diagnosen:** Hauptdiagnose mit den Nebendiagnosen (unter Angabe von Operations- bzw. Interventionsbezeichnung und -datum)
6. **Vorgeschichte:** Chronologische Darstellung der Beschwerden nach der Entlassung des Patienten bis zum Tag der ambulanten Vorstellung. Die Betonung liegt auf den neu aufgetretenen Symptomen, die zur ambulanten Vorstellung führten.
7. **Befund bei Vorstellung:** Untersuchungsbefund
8. **Diagnostik:** Mitgebrachte oder durchgeführte Diagnostik
9. **Beurteilung:** Fachärztliche Stellungnahme zur empfohlenen Behandlung des Patienten (Indikation zur Abklärung der Beschwerden durch **ambulante** weiterführende Untersuchungsmaßnahmen oder **stationären** Aufenthalt).
10. **Sich bedanken:** Grußformel mit Namen der Briefverfasser

Ambulante Verlaufskontrolle

1. Adresse des überweisenden Arztes
2. Adresse aller beteiligten Ärzte
3. Name des überweisenden Arztes
4. Datum der ambulanten Vorstellung
5. **Diagnosen:** Hauptdiagnose mit den Nebendiagnosen (unter Angabe von Operations- bzw. Interventionsbezeichnung und -datum)
6. **Vorgeschichte:** Chronologische Darstellung der Beschwerden nach der Entlassung des Patienten bis zum Tag der ambulanten Vorstellung. Die Betonung liegt auf den noch bestehenden Symptomen, die zur ambulanten Folgevorstellung führten.
7. **Befund bei Vorstellung:** Untersuchungsbefund
8. **Diagnostik:** Mitgebrachte oder durchgeführte Diagnostik
9. **Beurteilung:** Fachärztliche Stellungnahme zur weiteren Behandlung sowie Kontrollmaßnahmen (mit welchen klinischen und apparativen Untersuchungstechniken).
10. **Sich bedanken:** Grußformel mit Namen der Briefverfasser

Kardiologische Klinik
Universitätsklinikum Musterhausen

Kontakt:

Telefon 0XXX XXX-XXXX
Telefax 0XXX XXX-XXXX

Kardiologische Klinik, Musterstraße XX, XXXXX Musterhausen

1.

Dr. med. M. Mustermann
Musterstraße 10
00000 Musterhausen

Aktenzeichen NF-Edl
(bitte angeben)
Freiburg, 03.12.2013

2.

✉ Pat. selbst

✉ Dr. med. F. Musterfrau, Beispielstraße 10, 00000 Beispielberg

3.

Sehr geehrter Herr Kollege,

Oder

Sehr geehrter Herr Dr. med. Mustermann,

4.

wir berichten Ihnen nachfolgend über Herrn XXX XXXX, geboren am XX.XX.XXXX, der sich vom 26.11.2013 bis 03.12.2013 in unserer stationären Behandlung befand.

5.

Diagnose:

Akutes Nierenversagen bei	Hauptdiagnose
– Hanta-Virusinfektion	Ursache
– rückläufig unter supportiver Therapie	Therapie

Oder (Nennen Sie die Hauptdiagnose ohne Therapie)

Akutes Nierenversagen bei Hanta-Virusinfektion

Vorerkrankungen:

Oder

Nebendiagnosen:

1. Rezidivierende Migräneattacken	Nebendiagnosen
2. Zustand nach unklarer Hypoglykämie vor 3 Jahren	Nebendiagnosen

Abb. 3.13 Beispiel für einen Arztbrief der nicht-operativen Fachrichtung [T756]

6.

Aktuelle Anamnese:

Der Patient wurde über unsere Notaufnahme stationär aufgenommen. Seit 29.02.2012 zeigte sich eine plötzliche Verschlechterung des Allgemeinzustands mit Gelenkschmerzen (Knie und Rücken), Gliederschmerzen, starkem Erbrechen, Bauchkrämpfen, Verstopfung, psychomotorischer Verlangsamung und leichter Belastungsdyspnoe. Dysurie, Teerstuhl oder Nierenleiden sind nicht bekannt. Es wurde in der Vorgeschichte nie eine Mikro- oder Makrohämaturie beschrieben. Im Klinikum XXX wurden eine Proteinurie von 16 g/d und ein Kreatininwert um 3 mg/dl mit leichten Ödemen in den Füßen und Händen nachgewiesen. In der Freizeit besteht Kontakt zu vielen Tieren (Meerschweinchen – vor 3 Wochen neu gekauft, Pferde, Hunde, Katze). Es sind keine Erkrankungen im Bekanntenkreis und kein Auslandsaufenthalt bekannt. Zur Abklärung und weiteren Therapie des Beschwerdebildes wurde der Patient in unsere Klinik stationär aufgenommen.

Oder:

Der Patient stellte sich am 29.02.2012 um 10 Uhr notfallmäßig mit plötzlich aufgetretener AZ-Verschlechterung vor. Er berichtete über seit Kurzem bestehende Gelenkschmerzen (Knie und Rücken), Gliederschmerzen, starkes Erbrechen, Bauchkrämpfe, Verstopfung, psychomotorische Verlangsamung und leichte Belastungsdyspnoe. Dysurie, Teerstuhl oder ein Nierenleiden bestehen nicht. Mikro- oder Makrohämaturie wurdennie beschrieben. Bereits im Klinikum XXX wurden laborchemisch eine Proteinurie von 16 g/d und ein hoher Kreatininwert von 3 mg/dl festgestellt. Es fallen leichte Ödeme der Beine und Hände auf. Zudem besteht Kontakt zu vielen Tieren (Meerschweinchen – vor 3 Wochen neu gekauft, Pferde, Hunde und Katze). Es liegen keine Erkrankungen im Bekanntenkreis oder Auslandsaufenthalte vor. Zur Abklärung und weiteren Therapie des Beschwerdebildes wurde der Patient in unsere Klinik stationär aufgenommen.

7.

Aufnahmebefund:

Bei der Aufnahme auf unserer Station war der Patient wach und allseits orientiert. Die vorbeschriebene psychomotorische Verlangsamung war nicht nachweisbar. Der Patient war febril mit Temperaturen bis 39,6 Grad.

Oder:

Der Patient war wach und voll orientiert. Eine psychomotorische Verlangsamung lag nicht vor. Es zeigte sich Fieber mit Temperaturen bis 39,6 Grad.

Abb. 3.13 (Forts.) Beispiel für einen Arztbrief der nicht-operativen Fachrichtung [T756]

8.

Verlauf:

Die im Klinikum Musterhausen bestimmten Laborparameter weisen auf ein akutes Nierenversagen mit nephrotischer Proteinurie hin. Aktuell betrug der Kreatininwert um 2,7 mg/dl und die Proteinurie 3,75 mg/d. Das durchgeführte CT-Abdomen erbrachte keinen pathologischen Befund. Das Urinsediment war nicht wegweisend. Diagnostik

Im Verlauf kam es spontan zu einer Besserung des bei der stationären Aufnahme eingeschränkten Allgemeinzustands. Abdomenschmerzen und Übelkeit waren regredient. Die Laborparameter waren rückläufig (Kreatininwert 1,6 mg/dl und Proteinurie 0,2 mg/d). Es zeigte sich ein positiver serologischer Nachweis für das Hanta-Virus. Therapie

Es bestand eine normochrome, normozytäre Anämie ohne Blutungszeichen. Wir gehen von einer Entzündungsanämie aus. Nebenbefunde

Oder:

Im Rahmen der laborchemischen Abklärung im Klinikum Musterhausen wurde ein akutes Nierenversagen mit nephrotischer Proteinurie diagnostiziert. Bei der Aufnahme lagen der Kreatininwert bei 2,7 mg/dl und die Proteinurie bei 3,75 mg/d. Es wurde ein CT-Abdomen durchgeführt, welches keinen pathologischen Befund zeigte. Das Urinsediment erbrachte keinen wegweisenden Befund. Diagnostik

Im Verlauf trat eine spontane Besserung des Allgemeinzustands ein. Die Abdomenschmerzen und die Übelkeit waren nicht mehr vorhanden. Die laborchemischen Retentionswerte besserten sich (Kreatininwert 1,6 mg/dl und Proteinurie 0,2 mg/d). Serologisch ließ sich das Hanta-Virus nachweisen. Therapie

Bei bestehender normochromer normozytärer Anämie ohne Blutungszeichen gehen wir von einer Entzündungsanämie aus. Nebenbefunde

9.

Entlassungsbefund:

Bei der Entlassung war der Patient wach und allseits orientiert. Es zeigten sich keine Abdomenschmerzen oder Übelkeit. Der Patient war afebril mit Temperaturen bis 37,6 Grad.

Oder:

Der Patient war wach und voll orientiert. Die Abdomenschmerzen und Übelkeit bestanden nicht mehr. Es zeigten sich normale Temperaturen bis 37,6 Grad.

10.

Medikation bei Entlassung:

Hausmedikation

Oder:

Fortsetzung der Hausmedikation

Abb. 3.13 (Forts.) Beispiel für einen Arztbrief der nicht-operativen Fachrichtung [T756]

11.

Therapievorschlag:

Unsere Empfehlung zu den Hauptbefunden

Wir entlassen den Patienten in Ihre ambulante Betreuung. Bis zur Normalisierung der Retentionswerte sollten weitere laborchemische Kontrollen erfolgen.

Oder:

Wir entlassen den Patienten in Ihre ambulante Betreuung. Wir empfehlen weitere laborchemische Kontrollen bis zur Normalisierung der Retentionswerte.

Unsere Empfehlung zu den Nebenbefunden

Bei Entzündungsanämie bitten wir Sie um weitere Kontrollen des Blutbildes. Bei noch bestehender Anämie ist eine Abklärung erforderlich, z.B. Überprüfung der Stuhlproben auf okkultes Blut.

Oder:

Bei bestehender Entzündungsanämie sind weitere Kontrollen des Blutbildes notwendig. Im Fall von fehlender Normalisierung des Hb-Werts bitten wir um eine ausführliche Abklärung, z.B. Überprüfung der Stuhlproben auf okkultes Blut.

Vorstellung in der Ambulanz

Eine routinemäßige Vorstellung in unserer Ambulanz ist nicht notwendig. Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Oder:

Eine routinemäßige Vorstellung in unserer Ambulanz ist nicht vorgesehen. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

12.

Wir verbleiben mit freundlichen kollegialen Grüßen,

Oder:

Wir bedanken uns für die Zusammenarbeit und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Mustermann	PD Dr. med. Musterfrau	Mustermann
Chefarzt	Oberärztin	Assistenzarzt

Abb. 3.13 (Forts.) Beispiel für einen Arztbrief der nicht-operativen Fachrichtung [T756]

KAPITEL

4 Das deutsche Gesundheitssystem

4.1 Struktur des Gesundheitswesens

Der **Deutsche Bundestag** steht als ausführendes Organ über dem Bundesministerium für Gesundheit, bearbeitet dessen Gesetzesvorschläge und entscheidet so über alle Fragen des deutschen Gesundheitswesens, die durch Bundesgesetze geregelt werden, um einheitliche Lebensverhältnisse in Deutschland zu gewährleisten.

Das **Bundesministerium für Gesundheit** (BMG) ist die oberste deutsche Bundesbehörde des Gesundheitswesens und stellt die gesetzgebende Gewalt dar. Das Ministerium hat seinen Hauptsitz in Bonn und seinen zweiten Dienstsitz in Berlin.

Dessen Zuständigkeiten beinhaltet unter anderem:

- Erhalt der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV)
- Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität des Gesundheitswesens
- Stärkung der Interessen der Patienten
- Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Stabilisierung der Beitragssätze
- Prävention und Prophylaxe
- Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten
- Prävention, Rehabilitation und Behindertenpolitik
- Europäische und Internationale Gesundheitspolitik

Das Bundesgesundheitsministerium beaufsichtigt die sogenannten **oberen Bundesbehörden,** die als selbstständige Behörden für ein bestimmtes Sachgebiet im gesamten Bundesgebiet zuständig sind.

- *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn:* Hauptaufgaben des BfArM sind die Zulassung von Fertigarzneimitteln (niedermolekulare Arzneimittel und Medizinprodukte), die Registrierung homöopathischer Arzneimittel, die Erfassung und Bewertung sowie Abwehr von Arzneimittelrisiken (Pharmakovigilanz), die zentrale Erfassung und Bewertung von Risiken bei Medizinprodukten, die Überwachung des (legalen) Verkehrs von Betäubungsmitteln und Grundstoffen, die Beratung der Bundesregierung sowie Forschungsaufgaben.
- *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln:* Hauptaufgaben der BZgA liegen in der Förderung der Bürger, sich verantwortungsbewusst und gesundheitsgerecht zu verhalten und das Gesundheitssystem sachgerecht zu nutzen. Die Schwerpunkte dieser Arbeit sind Aidsprävention, Sexualaufklärung, Suchtprävention bei legalen und illegalen Drogen, Kinder- und Jugendgesundheit, gesunde Ernährung und Organspende.
- *Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln:* Hauptaufgabe des DIMDI ist die öffentliche Verbreitung aller relevanten Informationen aus der Medizin.
- *Paul-Ehrlich-Institut (PEI, Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel) in Langen:* Hauptaufgaben des PEI sind die Zulassung und staatliche Chargenfreigabe von biomedizinischen Arzneimitteln. Zu den Arzneimitteln, die vom Paul-Ehrlich-Institut bewertet werden, gehören Impfstoffe und Sera für Mensch und Tier, Allergenpräparate, monoklonale Antikörper, Arzneimittel aus Blut (Erythrozyten, Thrombozyten, Gerinnungsfaktoren, Immunglobuline, Albumin), Arzneimittel für neuartige Therapien (somatische Zelltherapeutika, Gentherapeutika, Tissue Engineering Produkte) und Gewebezubereitungen.

In der Kenntnisprüfung zur Anerkennung medizinischer Abschlüsse aus Nicht-EU-Staaten werden Aspekte des deutschen Gesundheitssystems geprüft.

- *Robert Koch-Institut (RKI, Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten) in Berlin:* Hauptaufgaben des RKI sind die Beobachtung des Auftretens von Krankheiten und relevanter Gesundheitsgefahren in der Bevölkerung und das Ableiten und wissenschaftliche Begründen der erforderlichen Maßnahmen zum wirkungsvollen Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Dazu gehört auch die Entwicklung erforderlicher diagnostischer, experimenteller oder epidemiologischer Methoden, die nicht anderweitig verfügbar sind, sowie die Bewertung gentechnischer Arbeiten und umweltmedizinischer Einflüsse und Methoden.

4.2 Struktur der Sozialversicherung

Die Sozialversicherung hat in Deutschland eine lange Tradition. Bereits im Mittelalter gab es erste berufsständische Vereinigungen zur Absicherung sozialer Notfälle. Die Anfänge der gesetzlichen Sozialversicherung gehen aber auf die Jahre 1883–1889 zurück, als Reichskanzler Otto von Bismarck im Rahmen der Sozialreform 1883 das Krankenversicherungsgesetz, 1884 das Unfallversicherungsgesetz und 1889 das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz erließ. Ursprünglich war die Sozialversicherung ausschließlich für besonders schutzbedürftige Arbeitergruppen geschaffen worden. Dieser Kreis wurde jedoch im Laufe der Zeit immer mehr erweitert.

Die Sozialversicherung stellt bis heute in Deutschland die wichtigste Institution der sozialen Sicherung dar und besteht aus fünf Zweigen, die staatlich die wichtigsten Risiken des Daseins regeln:

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Pflegeversicherung
- Arbeitslosenversicherung
- Rentenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung

Die Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung finanzieren sich aus Beiträgen von Versicherten und Arbeitgebern, wohingegen die Unfallversicherung ausschließlich aus Beiträgen der Arbeitgeber finanziert wird.

4.2.1 Pflichtversicherungen

Krankenversicherung

Weitere Informationen zur Krankenversicherung finden sich im Internet, z. B. unter *www.krankenkassen.de*

Eine Krankenversicherung (KV) erstattet den Versicherten die Kosten (voll oder teilweise) der Behandlung bei Erkrankungen, bei Mutterschaft und oft auch nach Unfällen. Die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung gilt entweder als freiwillig (Versicherungsfreiheit: Private Krankenversicherung [PKV]) oder als gesetzlich vorgeschrieben (Versicherungspflicht: Gesetzliche Krankenversicherung [GKV]).

Versicherungspflicht bei der Einreise

Bereits bei der Einreise in Deutschland und der Verlängerung des Aufenthaltstitels müssen sich Einreisende krankenversichern bzw. eine Krankenversicherung nachweisen. Es stehen zahlreiche Krankenkassen in Deutschland zur Verfügung.

Versicherungspflicht bei der Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit

Informieren Sie Ihre Krankenkasse über den Beginn Ihrer ärztlichen Tätigkeit und Ihren Arbeitgeber über Ihre Krankenkasse. In diesem Falle ist der Arbeitgeber verpflichtet, einen Beitrag von 50 % der Krankenversicherungskosten direkt an die Krankenkasse zu zahlen.

Wann kann in die Private Krankenversicherung gewechselt werden?

Der Gesetzgeber hat für den Wechsel in die PKV bestimmte Regelungen vorgesehen. Nur bei Vorliegen der nachfolgenden Voraussetzungen ist ein Übertritt in die PKV überhaupt möglich:

1. Bei *Angestellten* (z. B. Ärzten im Krankenhaus) ist die Versicherungspflicht für die Krankenversicherung in erster Linie von der Höhe des Jahres-Bruttogehalts abhängig. Übersteigt dieses die Versicherungspflichtgrenze, kann der Versicherte in der Regel in die PKV wechseln. Dafür muss er ein Jahr über der Versicherungspflichtgrenze verdient haben.
2. *Selbstständige* und *Freiberufler* (z. B. Ärzte in eigener Praxis) können unabhängig vom Einkommen jederzeit in die private Krankenversicherung wechseln.
3. *Beamte* (z. B. Ärzte mit Beamtenstatus) können ebenfalls ohne Einkommensvoraussetzungen in die PKV wechseln.

Auch *Berufsanfänger* können bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze in die PKV wechseln. Maßgeblich ist, ob das Jahres-Bruttogehalt voraussichtlich die gesetzlich festgesetzte Einkommensgrenze überschreitet.

Neben den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften spielen individuelle Kriterien eine Rolle. Jeder Privatversicherer nimmt im Rahmen der Antragstellung eine Risikoprüfung vor. Dabei wird neben der *Bonität des Neukunden* auch der *Gesundheitszustand* überprüft. Je nach Gesundheitszustand entscheidet die Versicherungsgesellschaft,

- ob die bestehenden Erkrankungen in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden können,
- ob der Beitrag um einen Risikozuschlag erhöht werden muss oder
- ob eine Krankheit von der Leistungspflicht ausgeschlossen werden muss.

Bei besonders schwerwiegenden Krankheiten kann das private Unternehmen sogar den Antrag ablehnen.

Pflegeversicherung

Eine Pflegeversicherung ist eine Versicherung in Bezug auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Tritt der Versicherungsfall Pflegebedürftigkeit ein, erbringt die Versicherung Geld- oder Sachleistungen, um die erforderliche Pflege ganz oder teilweise zu gewährleisten. Die Leistungen umfassen im Allgemeinen auch die häusliche Pflege.

Die Hilfen werden im Einzelfall je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gewährt durch Zahlung eines Pflegegeldes bei ehrenamtlicher Pflege oder durch Übernahme der Pflegekosten bei professioneller ambulanter oder (teil-)stationärer Pflege. Auch die Kosten für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen können übernommen werden.

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die den gesetzlichen Krankenkassen angegliedert wurden. Die Pflegeversicherung finanziert sich aus den Beiträgen der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer und der Arbeitgeber. Es bedeutet, dass die angestellten Versicherten, wie bei der Krankenversicherung, nur die Hälfte der Beiträge zahlen müssen.

Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist ein Zweig der Sozialversicherung. Sie schützt ihre Versicherten hauptsächlich bei Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, im Alter sowie bei Tod deren Hinterbliebene.

Grundsätzlich wird die Rentenversicherung durch Beiträge finanziert, die bei versicherungspflichtigen Beschäftigten je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden. Der Beitrag wird durch die zuständige gesetzliche Krankenkasse erhoben und an den zuständigen Rentenversicherungsträger gezahlt.

Die Ärzteversorgungen der einzelnen Bundesländer sind berufsständische Versorgungswerke (*Ärzteversorgungswerke*) und zuständig für die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung ihrer Ärztinnen und Ärzte.

Für weitere Informationen über die Ärzteversorgungswerke siehe Abschnitt 4.3.3.

Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung gehört im sozialen Sicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland zu den Sozialversicherungen. Pflichtversichert sind Arbeitnehmer. Die Leistungen der Arbeitslosenversicherung werden hauptsächlich aus den Versicherungsbeiträgen finanziert. Bei Arbeitnehmern ist der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber zu tragen.

Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung ist eine der Säulen des deutschen Sozialversicherungssystems. Ihr Zweck besteht zum einen darin, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Sie soll zum anderen nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherstellen.

Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung sind in Deutschland hauptsächlich die Berufsgenossenschaften, aber auch Unfallkassen und Versicherungsverbände der öffentlichen Hand.

Als *Wegeunfall* werden in Deutschland Unfälle auf dem unmittelbaren Weg, in der Regel zwischen Wohnung und Ort der Tätigkeit (meist Arbeitsstätte, aber auch Schule, Kindergarten usw.), bezeichnet.

Die Kosten für den umfassenden Versicherungsschutz der Prävention, Rehabilitation und Entschädigung tragen die Arbeitgeber.

4.2.2 Zusätzliche relevante nichtpflichtige Versicherungen

Private Altersvorsorge

Die staatliche Altersvorsorge (Rentenversicherung) ist aufgrund der ständigen Kürzungen schon längst nicht mehr geeignet, Versicherungsnehmern im Rentenalter ein finanziell sorgenfreies Leben zu ermöglichen. So hat die Möglichkeit, sich durch eine private Altersvorsorge zusätzlich abzusichern, für Arbeitnehmer in den letzten Jahren enorm an Bedeutung gewonnen. Die private Altersvorsorge ist freiwillig, das eingezahlte Kapital sowie die im Laufe der Vertragsdauer erwirtschafteten Kapitalzinsen stehen daher prinzipiell ausschließlich dem Sparer zu. Dieses Gesamtkapital, das durch die private Altersvorsorge entstanden ist, kann nun entweder als Rente kontinuierlich verbraucht werden oder als Einmalbetrag an den Versicherungsnehmer ausbezahlt werden.

Die private Altersvorsorge bietet vielfältige Arten der Absicherung, wie die Rürup- und die Riester-Rente, klassische Lebensversicherungen sowie Bank- und Fondssparpläne, Aktien und Immobilien. Bei der Art der privaten Altersvorsorge kann man zudem staatlich geförderte und staatlich nicht geförderte Vorsorge unterscheiden.

Invaliditätsversicherung

Wie am Namen zu erkennen, ist bei der Invaliditätsversicherung das versicherte Risiko die Invalidität des Versicherten. Invalidität bedeutet konkret, dass eine körperliche oder auch geistige Beeinträchtigung besteht, die dazu geführt hat, dass der Betroffene keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen kann und somit berufs- bzw. erwerbsunfähig ist. Bezüglich der Konditionen im Detail gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Anbietern, z. B. bei der Frage, was genau als Invalidität angesehen wird.

Generell greift die Invaliditätsversicherung, wie bereits kurz erwähnt, bei Invalidität. Die meisten Versicherer orientieren sich jedoch am Grad der Behinderung des Versicherten, wobei meistens ein Grad von 50 Prozent „ausreicht“, um die vereinbarte Leistung zu erhalten. Die Leistung als solche besteht dann in der Regel aus der Zahlung einer Invaliditätssumme und/oder einer lebenslangen Invaliditätsrente.

Die *Beitragshöhe* ist abhängig vom Alter bei Versicherungsbeginn sowie vom Geschlecht, zudem natürlich auch von der jeweiligen Versicherungsgesellschaft als Anbieter. Den größten Einfluss auf die Beitragshöhe hat aber, welche Leistungen der Versicherte und der Versicherer in der Versicherungspolice vereinbart haben.

Haftpflichtversicherung

Unter Haftpflicht (Haftung) versteht man die sich aus gesetzlichen Bestimmungen ergebende Verpflichtung, einen Schaden zu ersetzen, den man einem anderen zugefügt hat.

Als angestellter Arzt haben Sie lediglich eine berufliche Haftpflichtversicherung über Ihren Arbeitgeber. Eine private Haftpflichtversicherung ist freiwillig.

Rechtschutzversicherung

Das Ziel einer Rechtsschutzversicherung besteht darin, den Versicherungsnehmer gegen Prozesskosten zu schützen, die im Falle eines Streitfalls vor Gericht zu Stande kommen können.

Voraussetzung der Eintrittspflicht der Rechtsschutzversicherung ist immer das Vorliegen eines Rechtsschutzfalles. Darunter versteht man „den tatsächlichen oder behaupteten Verstoß gegen Rechtspflichten“. Konkret handelt es sich dabei in der Regel um Kosten für die Rechtsberatung und um die Kosten einer Gerichtsverhandlung.

Beispiel: Fristlose Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber
Der Entlassene hält die Kündigung für nicht rechtens und klagt auf eine Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses. Die Rechtsschutzversicherung übernimmt die dadurch entstehenden Kosten (Berufs-Rechtsschutz).

Ohne Deckungsbegrenzung oder bis zu der im Vertrag vereinbarten Deckungssumme (im Regelfall 250.000 Euro je Rechtsschutzfall, was meist ausreichend ist für das Durchschreiten von zwei Instanzen) übernimmt die Rechtschutzversicherung folgende Kosten:

- die gesetzlichen Anwaltsgebühren des vom Versicherten frei wählbaren Rechtsanwaltes,
- Zeugengelder/Sachverständigenhonorare (nicht für außergerichtliche Privatgutachten),
- Gerichtskosten,
- Kosten des Gegners, soweit der Versicherungsnehmer diese übernehmen muss.

Auch Strafkautionen – in der Regel bis zu 50.000 Euro – werden übernommen, um den Versicherungsnehmer vor dem Strafvollzug zu schützen. Nicht übernommen werden Geldstrafen und Bußgelder.

4.3 Wichtige Organisationen im Gesundheitswesen

4.3.1 Ärztekammern

Definition Ärztekammern sind die Träger der berufsständischen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten. In jedem Bundesland gibt es eine Landesärztekammer mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen, welche zwei eigenständige Ärztekammern in beiden Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe hat. Auf Grundlage der Heilberufe-Kammergesetze nehmen die Landesärztekammern Verwaltungsaufgaben für Ärzte eigenständig wahr. Juristisch werden die Kammern vom jeweils zuständigen Landesministerium kontrolliert. Fachlich handeln die Kammern jedoch eigenverantwortlich.

Anmeldung Alle ausländischen Ärzte müssen sich nach Erteilung der Approbation oder Berufserlaubnis als Mitglied bei der zuständigen Ärztekammer anmelden. Die zuständige Ärztekammer ist die Landesärztekammer des Bundeslandes, in dem die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird bzw., falls keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, in dem sich der Wohnsitz befindet.

Zu Weiterbildungen siehe ausführlich Abschnitt 4.5.

Aufgaben Die Aufgaben der Ärztekammern sind jeweils durch Gesetze der Bundesländer, sogenannte Kammergesetze, geregelt. Sie überwachen vor allem die Einhaltung der Berufspflichten und Standesnormen. Eine der Kammeraufgaben ist die Anerkennung der Weiterbildungsbezeichnung und im Ausland erworbener Weiterbildungsqualifikationen. Zu beachten ist, dass jede Landesärztekammer ihre eigene Weiterbildungsordnung hat, die für die jeweiligen Mitglieder rechtlich bindend ist.

4.3.2 Kassenärztliche Vereinigung

Definition Kassenärztliche Vereinigungen (KV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sind als Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung sogenannte Körperschaften des Öffentlichen Rechts. In jedem Bundesland gibt es eine Kassenärztliche Vereinigung. Sie werden juristisch durch die jeweiligen Landes- bzw. Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung beaufsichtigt.

Anmeldung Den Kassenärztlichen Vereinigungen gehören in Deutschland alle Ärzte und Psychotherapeuten an, die zur ambulanten Behandlung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherungen zugelassen oder ermächtigt sind (Arztpraxen, ambulante Versorgungszentren etc.). Wer plant, sich in Deutschland niederzulassen (Gründung einer Praxis), muss sich zunächst bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen und um eine Zulassung bemühen. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ist die Kassenärztliche Vereinigung in dem Bundesland, in dem die ärztliche niedergelassene Tätigkeit geplant ist.

Aufgaben Die Kernkompetenzen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die Sicherstellung der flächendeckenden wohnortnahen und qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung. Außerdem bestimmen sie über die Honorarverteilung. Im Namen der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten setzen sie sich für eine bedarfsgerechte Vergütung ein.

4.3.3 Ärztliches Versorgungswerk

Definition Für kammerfähige freie Berufe gibt es eine berufsständische Altersversorgung, die auf einer gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft beruht. Ärzte können sich von der gesetzlichen deutschen Rentenversicherung befreien lassen und sich im Versorgungswerk versichern. In jedem Bundesland gibt es ein Versorgungswerk für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte.

Anmeldung Alle Ärzte können nach der Befreiung von der gesetzlichen deutschen Rentenversicherung Mitglieder im zuständigen Versorgungswerk werden. Ausgenommen sind Ärzte, die zum Zeitpunkt der Anmeldung berufsunfähig sind oder die vom Versorgungswerk festgesetzte Altersgrenze erreicht haben. Das zuständige Versorgungswerk ist das Versorgungswerk in dem Bundesland, in dem die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird bzw. werden soll. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt normalerweise neun Prozent des Einkommens des vorletzten Jahres.

Aufgaben Das ärztliche Versorgungswerk sichert die Altersvorsorge für seine Mitglieder durch die von diesen gezahlten Beiträge. Es bestehen verschiedene Leistungsarten wie Altersrente, Berufsunfähigkeitsrente, Hinterbliebenenrente etc.

4.4 Approbation in Deutschland

4.4.1 Zuständige Approbationsbehörden

Eine ärztliche Tätigkeit in Deutschland (assistenzärztliche Tätigkeit in der Weiterbildung bzw. fachärztliche Tätigkeit) kann nur mit einer gültigen Approbation (bzw. Berufserlaubnis) ausgeübt werden, die von den zuständigen Approbationsstellen in den jeweiligen Bundesländern ausgestellt wird.

Eine Liste mit Ansprechpartnern und Adressen ist unter *www.bundesaerztekammer.de* in der Rubrik Ärzte/Internationales zu finden.

4.4.2 Approbation für Staatsangehörige aus der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz

Staatsangehörige eines der Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) (Mitgliedsstaaten der EU, Norwegen, Island, Liechtenstein) und der Schweiz, die ihre ärztliche Ausbildung in einem dieser Staaten abgeschlossen haben, dürfen eine ärztliche Tätigkeit in Deutschland aufnehmen, nachdem sie von der zuständigen Approbationsbehörde (in dem Bundesland, in dem sie wohnen oder in dem sie die Aufnahme einer Tätigkeit anstreben) die Approbation als Arzt/Ärztin erhalten haben.

4.4.3 Approbation für Staatsangehörige aus Nicht-EU-Staaten

Bei einer im Ausland erteilten Approbation oder Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes prüft die zuständige Approbationsbehörde, ob die im Ausland erlangte Berufsausübungsberechtigung anerkannt werden kann.

Die Approbationsbehörden prüfen auf der Basis der gültigen Approbationsordnung die *Gleichwertigkeit* einer im Herkunftsland abgeschlossenen medizinischen Grundausbildung. Ist diese nicht gegeben, wird geprüft, ob die Unterschiede in der medizinischen Grundausbildung durch vorhandene *Berufserfahrung* ausgeglichen werden können. Ist das nicht der Fall, ist eine *Kenntnisstandprüfung* (medizinische Grundausbildung aus einem Drittstaat) zu absolvieren.

4.4.4 Allgemeine Voraussetzungen zur Erteilung der Approbation

Entsprechend § 39 („Antrag auf Approbation“) der Approbationsordnung (ÄApprO) für Ärzte sind dem Antrag auf Approbation bei der zuständigen Behörde folgende Dokumente beizufügen:

1. ein kurz gefasster Lebenslauf,
2. die Geburtsurkunde, bei Verheirateten auch die Heiratsurkunde,
3. ein Nachweis über die Staatsangehörigkeit des Antragstellers,
4. ein Nachweis über ausreichende Sprachkenntnisse (Allgemeine Sprachkenntnisse auf der Sprachstufe B2 *und* fachsprachliche Kenntnisse – Patientenkommunikationstest),
5. ein amtliches Führungszeugnis, das maximal vier Wochen vor der Vorlage ausgestellt sein darf,
6. eine Erklärung darüber, ob gegen den Antragsteller ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren läuft,
7. eine ärztliche Bescheinigung, die nicht älter als einen Monat sein darf, aus der hervorgeht, dass der Antragsteller in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs geeignet ist,
8. das Zeugnis über die Ärztliche Prüfung.

Die Dokumente, die für die Antragstellung der Approbation erforderlich sind, variieren je nach Approbationsbehörde. Daher ist eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit der jeweils zuständigen Approbationsbehörde empfehlenswert.

4.4.5 Berufserlaubnis

Eine Berufserlaubnis gestattet es, für eine befristete Zeit als Arzt oder als Praktikant in Deutschland zu arbeiten. Die Erlaubnis kann Einschränkungen des Tätigkeitsfeldes oder der Arbeitsstelle enthalten und wird in der Regel maximal für zwei Jahre erteilt. Nur im besonderen Einzelfall oder aus Gründen der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ist eine Verlängerung über diesen Zeitraum hinaus möglich. Ärzte mit einer medizinischen Ausbildung in einem Nicht-EU-Land können eine Berufserlaubnis vor der Teilnahme an der Kenntnisprüfung beantragen.

4.5 Weiterbildung in Deutschland

Die ärztliche Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland kann erst mit Erteilung der Approbation bzw. Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes begonnen werden. Die Weiterbildung zum Facharzt findet in Deutschland ausschließlich im Rahmen der klinischen ärztlichen Tätigkeit statt und wird bezahlt. Die ärztliche Weiterbildung (Facharztausbildung) dauert je nach Fachgebiet zwischen 5 und 6 Jahren. Sie erfolgt unter verantwortlicher Leitung der von der Ärztekammer weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte in einem Universitätszentrum, einer Universitätsklinik oder in einer zugelassenen Einrichtung der ärztlichen Versorgung. Hierzu kann auch die Praxis eines niedergelassenen Arztes zählen.

Erst nach Erteilung der Approbation oder Berufserlaubnis können ausländische Ärzte eine Arbeitsstelle als Weiterbildungsassistent antreten. Die Bewerbung um eine Arbeitsstelle ist jedoch schon vor Erteilung der erforderlichen Erlaubnisse möglich. Wichtig ist es, darauf zu achten, ob der künftige Arbeitgeber die volle oder teilweise Weiterbildungsbefugnis im gewünschten Fachgebiet hat. Listen mit weiterbildungsbefugten Einrichtungen sowie die aktuellen Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Fachgebiete findet man auf den Webseiten der Landesärztekammern unter dem Menüpunkt „Weiterbildung“. Ebenso sind die aktuellen Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern mit Inhalt und Dauer der Weiterbildung in den entsprechenden Fachgebieten online auf den Webseiten der Landesärztekammern zu finden.

Praktische Hinweise zur Bewerbung

Hinweise zur Bewerbung

- Erfahrungsgemäß haben ausländische Ärzte mit einer deutschen Approbation bessere Aussichten auf eine Arbeitsstelle.
- Das Anschreiben sollte idealerweise eine Seite nicht überschreiten. Schreiben Sie, wer Sie sind, welche Erfahrung Sie bereits haben und was Sie wollen.
- In dem Anschreiben heben Sie Ihre klinische Erfahrung auf dem Fachgebiet hervor und begründen Ihr Interesse daran, in diesem Fachgebiet weiterzuarbeiten.
- Der Lebenslauf sollte strukturiert sein und logisch aufgebaut werden. Empfehlenswert ist ein chronologischer Aufbau.

Die Ärzte müssen während ihrer Zeit als Weiterbildungsassistenten den Weiterbildungskatalog erfüllen, der in der Weiterbildungsordnung sowie in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung festgelegt ist. Anschließend kann die Anmeldung zur Facharztprüfung bei der zuständigen Landesärztekammer erfolgen. In einem mündlichen Fachgespräch entscheidet der Prüfungsausschuss in einer Besetzung von drei Ärztinnen und Ärzten, von denen zwei die Anerkennung für das zu prüfende Fachgebiet besitzen, über den erfolgreichen Abschluss der Weiterbildung. Nach bestandener Facharztprüfung stellt die zuständige Landesärztekammer eine Anerkennungsurkunde (Facharztdiplom) aus.

Anerkennung von im Ausland erworbenen Weiterbildungsqualifikationen

Für die Anerkennung von im Ausland absolvierten Weiterbildungszeiten bzw. ausländischer Facharztdiplome sind die Landesärztekammern bzw. Bezirksärztekammern zuständig. Voraussetzung für die Prüfung auf eine eventuelle Anrechenbarkeit ist eine Mitgliedschaft in der Landesärztekammer.

Ein detailliertes Zeugnis über die Weiterbildungszeit sollte u. a. Angaben zur Größe des Krankenhauses, zur Leistung der zuständigen Abteilung, zu selbstständig erbrachten Leistungen etc. enthalten. Das Zeugnis sollte die Inhalte der gültigen Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer widerspiegeln.

Weiterbildungsermächtigung

Die Landesärztekammern legen den Rahmen der Weiterbildung für auszubildende und zur Ausbildung berechtigte Ärzte fest. Sie bestimmen wie lange die Assistenzarztzeit in den einzelnen Fächern dauert, aber auch welche Ärzte wie lange weiterbilden dürfen.

Weiterbildungsbefugt sind normalerweise die Chefärzte der jeweiligen ambulanten, stationären oder rehabilitativen Einrichtung. Die Weiterbildungsermächtigung ist immer an den jeweiligen Chefarzt und die Einrichtung gebunden. Die Weiterbildungsermächtigung eines Chefarztes erlischt, wenn dieser die Einrichtung verlässt. Sie kann zwar kommissarisch an einen nachfolgenden Oberarzt weitergegeben werden, allerdings nicht im vollen Umfang. Außerdem ist es möglich, dass ein Chefarzt nicht die komplette Weiterbildungsermächtigung besitzt. In diesem Fall muss ein Teil der Ausbildung in einer anderen Klinik abgeleistet werden, um alle geleisteten Zeiten und Tätigkeiten als Assistenzarzt für die Facharzt-Weiterbildung anerkannt zu bekommen.

Logbuch

Logbücher dienen der Orientierung der abzuleistenden Tätigkeiten und zu vermittelnden Inhalte während der Weiterbildung, jedoch auch zur Dokumentation der während der Weiterbildung geleisteten Tätigkeiten. Diese müssen nachgewiesen werden, um zur Facharztprüfung bei der jeweiligen Ärztekammer zugelassen zu werden. Hierzu müssen die Logbücher ausgefüllt und handschriftlich unterschrieben bei der zuständigen Ärztekammer eingereicht werden.
Informationen zu Weiterbildungsordnung, Weiterbildungsbefugten, Logbüchern etc. für die einzelnen Fachbereiche finden sich auf den Homepages der jeweiligen Landesärztekammern.

Muster-Logbücher für die jeweiligen Fachgebiete finden sich auf der Homepage der Bundesärztekammer: *www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.130.*

KAPITEL

5 Die deutsche Krankenhauskultur

5.1 Das ärztliche Personal

Chefarzt

Der Chefarzt ist verantwortlich für die medizinischen und strukturellen Abläufe in seiner Abteilung: Er überwacht die Tätigkeit der Oberärzte und leitet mit ihnen gemeinsam die in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzte bei ihrer Arbeit an. Neben der medizinischen Verantwortung hat er zusätzlich noch die disziplinarische Verantwortung für die ihm unterstellten Ärzte, oft auch für Psychologen, Sozialarbeiter, Ergo- und Physiotherapeuten und ist verantwortlich für die ökonomische Ertragslage der Abteilung.

Oberarzt

Ein *Oberarzt* ist normalerweise Facharzt, unter dessen Anleitung Assistenzärzte arbeiten. Der Oberarzt steht für Rückfragen der ihm nachgeordneten Stationsärzte bzw. Funktionsärzte zur Verfügung, überwacht die Tätigkeit der Assistenzärzte (z. B. im Rahmen von regelmäßigen Oberarztvisiten) und hält sich im Nacht- und Wochenenddienst nach Dienstplan als „Hintergrundarzt" für die Klinik bereit (Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst).

Als *Leitenden Oberarzt* bezeichnet man den Oberarzt einer Klinik, der als ständiger Vertreter des Chefarztes bestellt ist und diesen in der Gesamtheit seiner Dienstaufgaben vertritt.

Ein *Geschäftsführender Oberarzt* ist den übrigen Oberärzten überstellt. Er befasst sich neben der klinischen Tätigkeit mit der Qualitätssicherung, der Optimierung von Handlungsabläufen und ist für die administrativen Geschäfte der Klinik zuständig.

Als *Funktionsoberarzt* wird ein Arzt bezeichnet, der die Funktion eines Oberarztes ausübt, ohne eine entsprechende Planstelle zu besetzen und ohne ein entsprechendes Gehalt zu beziehen.

Facharzt

Facharzt darf sich in Deutschland nur derjenige Arzt nennen, der eine mehrjährige Weiterbildung absolviert und mit einer Facharztprüfung vor einer Landesärztekammer erfolgreich abgeschlossen hat.

Assistenzarzt

Ein Assistenzarzt ist ein approbierter Arzt. Er erledigt unter Anleitung und Aufsicht des Ober- oder Chefarztes (Facharzt) im Krankenhausbetrieb die Routinearbeit auf Station sowie Aufnahmeuntersuchungen, Patientenaufklärungen und Dokumentation von Behandlungsabläufen. Außerdem führt er Behandlungen wie z. B. Operationen etc. durch.

Gastarzt

Ein Gastarzt ist ein Arzt, der in Deutschland mit befristeter Berufserlaubnis oder einer Approbation entgeltlich arbeiten darf, um Erfahrungen in einem Fachgebiet zu sammeln. Gastärzte sind üblicherweise Stipendiaten von Organisationen (z. B. DAAD) oder Regierungen (z. B. Saudi-Arabien).

Medizinstudent im Praktischen Jahr

Das praktische Jahr (PJ) findet im letzten Jahr des Medizinstudiums statt. Es gliedert sich in drei Ausbildungsabschnitte von je 16 Wochen: Innere Medizin, Chirurgie und ein Wahlfach.

In diesem Ausbildungsabschnitt steht die Ausbildung am Patienten im Mittelpunkt. Die Studierenden sollen die während des vorhergehenden Studiums erworbenen ärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vertiefen und erweitern. Dazu führen sie entsprechend ihrem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ihnen zugewiesene ärztliche Verrichtungen durch.

Famulant

Zwischen dem ersten und zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung eines Medizinstudiums in Deutschland sind Praktika (Famulaturen) mit einer Dauer von insgesamt vier Wochen abzuleisten. Famulaturen müssen in Form einer praktischen Tätigkeit in einem Krankenhaus und in einer Arztpraxis erfolgen.

5.2 Medizinische Gesundheitsberufe

Pflegepersonal

Der pflegerische Bereich umfasst das Pflegepersonal der Bettenstationen, Ambulanzen und Funktionsbereiche wie der Operationsabteilung und Zentralsterilisation. Pflegefachkräfte werden nach entsprechender Weiterbildung mit besonderen Aufgaben betraut, wie das Erstellen von Hygieneplänen oder Standards, die im ganzen Haus Gültigkeit haben. An manche Krankenhäuser sind Aus- und Weiterbildungseinrichtungen angegliedert, die ebenso vom Pflegebereich geführt werden (z. B. Krankenpflegeschule).

Physiotherapeuten

Physiotherapie wird von Physiotherapeuten in unterschiedlicher Form und Vielfalt ausgeübt.

Physiotherapeuten analysieren und interpretieren Schmerzzustände, sensomotorische Funktions- und Entwicklungsstörungen (z. B. die Hyper- oder Hypomobilität eines Gelenks), um sie mit spezifischen manuellen und anderen physiotherapeutischen Techniken zu beeinflussen. Primärer Ansatzpunkt ist das Bewegungssystem und das Bewegungsverhalten. Ziel der jeweiligen Maßnahmen ist es, Schmerzfreiheit und ökonomisches Bewegungsverhalten im Alltag zu erreichen bzw. – im Falle von irreversiblen Funktionsstörungen – Kompensationsmöglichkeiten zu schaffen.

Physiotherapeuten beeinflussen auch Funktionsstörungen innerer Organe, verbessern die Eigen- und Fremdwahrnehmung sowie die Sozialkompetenz und können ebenfalls auf die psychische Leistungsfähigkeit einwirken.

Ziele der Physiotherapie sind darüber hinaus, Eigenständigkeit und Selbstständigkeit des Patienten zu fördern und die Selbstheilungskräfte des Organismus zu aktivieren; wo Selbstständigkeit des Patienten nicht zu erreichen ist, gehört zu den physiotherapeutischen Aufgaben das Anleiten von Angehörigen (z. B. in der Pädiatrie, Geriatrie oder bei schweren neurologischen Störungen).

Ergotherapeuten

Der Ergotherapeut bzw. die Ergotherapeutin behandelt Patienten, bei denen die Motorik, Sinnesorgane oder die geistigen und psychischen Fähigkeiten gestört sind. Bei Kindern können dies entwicklungs- oder unfallbedingte Mängel sein, bei Erwachsenen Störungen, die durch Krankheiten wie Parkinson, Multiple Sklerose oder Alzheimer oder aber durch einen Schlaganfall verursacht wurden.

Ziel der Ergotherapie ist es, die Selbstständigkeit der Patienten im Alltagsleben zu verbessern. Ergotherapie ist Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, d. h. es werden künstlerische und handwerkliche Tätigkeiten wie etwa Basteln, Kochen, Weben genutzt, um verlorene Körper- und Sinnesfunktionen wiederzugewinnen.

Ergotherapeuten arbeiten hauptsächlich in Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Altenpflegeheimen sowie in Praxen für Ergotherapie/Physiotherapie.

Ergotherapeut/Ergotherapeutin ist eine bundesweit einheitlich geregelte Ausbildung an staatlichen oder privaten Berufsfachschulen mit einer Ausbildungsdauer von drei Jahren. Außerdem wird Ergotherapie als Studium an Fachhochschulen angeboten.

Logopäden

Logopädie ist eine medizinisch-therapeutische Fachdisziplin, die sich mit Störungen in den Bereichen Sprache, Stimme, Sprechen und Schlucken beschäftigt. Meist behandeln Logopäden eine damit verbundene Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit.

Der Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt auf Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Betroffenen.

Sozialarbeiter

Sozialarbeiter bzw. Sozialarbeiterinnen unterstützen Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinwesen bei der Bewältigung von sozialen Problemen, Konflikten und Krisensituationen. Sie arbeiten in Einrichtungen des öffentlichen und privaten Sozialdienstes. Im Rahmen des Gesundheitswesens arbeiten Sozialarbeiter in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, psychiatrischen Einrichtungen und Beratungsstellen für alkohol- und drogenabhängige Menschen. Daneben betreuen sie behinderte Menschen in Werkstätten und Wohnheimen, besuchen diese auch zu Hause und informieren sie über Förderungsmöglichkeiten und Hilfsdienste (z. B. behindertengerechte Ausgestaltung der Wohnung, Fahrtendienste).

5.3 Weitere Einrichtungen des Krankenhauses

Personalrat

Die Personalvertretung (z. B. Personalrat, Bezirkspersonalrat, Hauptpersonalrat, Gesamtpersonalrat) ist die Vertretung der Beschäftigten einer Dienststelle der öffentlichen Verwaltung. Sie besteht aus speziell für diese Aufgabe gewählten Vertretern aus den Reihen der Beschäftigten. Der

Personalrat hat in vielen Bereichen der Personalverwaltung ein Mitspracherecht. Er berät und informiert die Beschäftigten seiner Dienststelle, z. B. durch Intranet oder Aushänge.

Personalabteilung

Die Personalverwaltung bezeichnet die administrativen, routinemäßigen Aufgaben des Personalbereichs. Sie wird von der Personalabteilung wahrgenommen, die für alle Belange, die das Personal der Klinik oder einer anderen Institution betreffen, der richtige Ansprechpartner ist.

In folgenden Bereichen findet eine Interaktion zwischen Ärzten und der Personalabteilung statt:

- Einstellungen, Beförderungen, Eingruppierungen, Entfristungen
- Übertragung anderer Tätigkeiten
- Versetzung und Abordnung
- Abmahnung, Kündigung

In sozialen Angelegenheiten bei:

- Gewährung von Unterstützung, Zulagen etc.
- Gesundheits- und Arbeitsschutz; Unfallverhütung
- Festsetzung der Arbeitszeit (Verlängerung, Verkürzung, Überstunden)
- Fort- und Weiterbildung

KAPITEL

6 Themen im Gesundheitswesen

In diesem Kapitel werden einige wichtige Hintergründe für die ärztliche Tätigkeit in deutschen Krankenhäusern beschrieben. Da diese Themen als rechtliche Grundlagen des Arztberufs in der Gleichwertigkeitsprüfung für ausländische Ärzte mit Nicht-EU-Abschlüssen dienen, sind sie von besonderer Relevanz.

6.1 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

Die ärztliche Schweigepflicht gilt umfassend für das ärztliche Behandlungsverhältnis. Danach haben Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen.

Die ärztliche Schweigepflicht, die eng mit dem Datenschutz verbunden ist, dient vor allem dem Schutz der Privatsphäre des Patienten.

6.1.1 Rechtsgrundlagen

Die ärztliche Schweigepflicht ist im Strafgesetzbuch geregelt. Danach macht sich strafbar, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist. Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen.

6.1.2 Reichweite

Die ärztliche Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen, die nur einem bestimmten, abgrenzbaren Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung der Patient ein verständliches und damit schutzwürdiges Interesse hat. Sie ist grundsätzlich auch gegenüber anderen Ärzten, Familienangehörigen des Patienten sowie eigenen Familienangehörigen zu beachten. Auch nach dem Tod des Patienten besteht die ärztliche Schweigepflicht weiter.

6.1.3 Adressaten der Schweigepflicht

Der strafrechtlichen Schweigepflicht unterliegen neben dem Arzt auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert. Diesen Personen stehen des Weiteren ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. D. h. konkret, dass alle Personen, die mittelbar oder unmittelbar mit der Behandlung des Patienten zu tun haben, ebenfalls an die Schweigepflicht gebunden sind. Darunter fallen z. B. Krankenschwestern und Krankenpfleger, Hebammen, Masseure, Krankengymnasten oder medizinisch-technische Assistenten, aber auch medizinische Fachangestellte und Arztsekretärinnen.

6.1.4 Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht

Eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht ist nur zulässig, wenn gesetzliche Vorschriften dem Arzt eine Pflicht oder ein Recht zur Offenbarung auferlegen bzw. geben. Der Arzt ist des Weiteren berechtigt, Informationen weiterzugeben, wenn der Patient seine Einwilligung ausdrücklich oder konkludent erteilt hat. Eine konkludente bzw. stillschweigende Einwilligung liegt immer dann vor, wenn der Patient aufgrund der Umstände von einer Informationsweitergabe durch den Arzt an Dritte ausgehen muss. Eine Offenbarungsbefugnis kann sich darüber hinaus auch aus der sog. mutmaßlichen Einwilligung ergeben, wenn der Patient seine Einwilligung nicht erklären kann, z. B. weil er ohne Bewusstsein ist. Die mutmaßliche Einwilligung ist gegeben, wenn der Arzt davon ausgehen kann, dass der Patient im Fall seiner Befragung mit der Offenbarung einverstanden wäre, oder wenn offenkundig ist, dass der Patient auf eine Befragung keinen Wert legt.

6.2 Ärztliche Dokumentation

6.2.1 Schutz vor Einsichtnahme und Zugriff

Auch beim Umgang mit Patientendaten ist das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu beachten. Der Arzt ist verpflichtet, sicherzustellen, dass sowohl bei konventionellen Patientenakten als auch beim Einsatz von Datenverarbeitungstechniken gewährleistet ist, dass unbefugte Dritte keinen Zugriff (Einblick) in die Patientendaten erhalten.

6.2.2 Aufbewahrungsfristen

Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Längere Aufbewahrungsfristen ergeben sich z. B. für Aufzeichnungen über Röntgenbehandlung und für die Anwendung von Blutprodukten.

6.3 Einsichtnahme, Auskunft und Übermittlung

6.3.1 Auskunftsrecht des Patienten

Auf der Grundlage des Persönlichkeitsrechts haben Patienten das Recht auf Einsicht in ärztliche Aufzeichnungen. Ein vergleichbarer Grundsatz wurde auch im Rahmen des Datenschutzes entwickelt. Aus dem informationellen Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen wird das Recht hergeleitet, Auskunft über alle gespeicherten personenbezogenen Daten zu erlangen. Demgegenüber ist der Arzt nicht verpflichtet, den Teil der Aufzeichnungen zu offenbaren, der seine persönlichen Eindrücke über den Patienten oder dessen Angehörige umfasst; auch müssen erste Verdachtsdiagnosen oder Bemerkungen zu einem bestimmten Verhalten des Patienten zur Behandlung nicht offenbart werden.

In Ausnahmefällen kann das grundsätzlich bestehende Einsichtsrecht im Hinblick auf therapeutische Rücksichten eingeschränkt werden. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Erkrankungen, weil in diesen Aufzeichnungen die Persönlichkeit des Arztes ebenso wie dritter Personen umfassender einfließt. Es könnten sich spezifische therapeutische Risiken für den Patienten ergeben, wenn er durch die Aufzeichnungen bereits verarbeitete Problemfelder wieder rekonstruieren müsste.

6.3.2 Übermittlung an Dritte

Wenn auch davon ausgegangen werden kann, dass das Erstellen einer (elektronischen) Patientendatei bereits aus dem Zweck des Behandlungsvertrages hergeleitet werden kann, gilt dieses nicht für die Übermittlung von Patientendaten, und zwar unabhängig von der Frage, ob diese Daten elektronisch auf Datenträgern oder in herkömmlicher Weise an Dritte übermittelt werden.

Die Übermittlung von Patientendaten ist nur zulässig, wenn sie entweder durch eine gesetzliche Vorschrift, durch die Einwilligung des Patienten oder aber durch einen besonderen Rechtfertigungsgrund legitimiert ist. In Fällen der Mit- und Nachbehandlung (z. B. Überweisung) sind Ärzte insoweit von der Schweigepflicht befreit, als anzunehmen ist, dass der Patient mit der Zustimmung zur Überweisung auch mit der Übermittlung seiner Daten an den weiterbehandelnden Arzt einverstanden ist.

6.4 Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland

„Ärzte haben die Pflicht, einem Patienten unabhängig von seinem zivilen oder politischen Status angemessene medizinische Versorgung zukommen zu lassen, und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf eine derartige Versorgung, noch die Pflicht des Arztes zur Behandlung allein auf der Grundlage des klinischen Bedarfs einschränken."

(WMA Resolution on Medical Care for Refugees and Internally Displaced Persons – beschlossen von der Generalversammlung des Weltärztebundes [World Medical Association – WMA], Ottawa, Kanada, Oktober 1998, bekräftigt von der WMA Generalversammlung, Seoul, Korea, Oktober 2008 und überarbeitet von der WMA Generalversammlung Vancouver, Kanada, Oktober 2010)

Rechtliche Situation

Medizinische Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Wenn ausländische Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Hilfe in einem Krankenhaus oder in einer Arztpraxis benötigen, kommt es immer wieder zu Fragen, wie hierbei zu verfahren ist.

Es ist zunächst wichtig, den Patientinnen und Patienten zu sagen, dass auch bei ihnen die ärztliche Schweigepflicht gilt und sie nicht befürchten müssen, durch Ärztinnen und Ärzte oder das Krankenhaus der Polizei oder Ausländerbehörde gemeldet zu werden.

Allerdings wird das Krankenhaus in der Regel beim Sozialamt einen Antrag auf Kostenerstattung stellen. Hier kann es dann Probleme geben, wenn das Sozialamt einen Datenabgleich mit der Ausländerbehörde vornimmt und der verlängerte Geheimnisschutz dabei nicht gewahrt wird.

Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist nicht strafbar

Ärztinnen und Ärzte haben die Pflicht, medizinische Hilfe zu leisten. Sie machen sich bei der Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht strafbar, wenn sich ihre Handlungen objektiv auf die Erfüllung ihrer beruflichen Pflichten beschränken.

Ärztliche Schweigepflicht

Ärztinnen und Ärzte und sogenannte „berufsmäßig tätige Gehilfen" unterliegen der Schweigepflicht. Hierzu zählt neben dem medizinischen Personal auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal von Krankenhäusern. Diese Personen dürfen keine Angaben über Menschen, die sich illegal in Deutschland aufhalten, an die Polizei oder die Ausländerbehörde weitergeben.

Die ärztliche Schweigepflicht erlaubt im Regelfall keine Übermittlung von Daten an Polizei oder Ausländerbehörde.

Kostenabrechnung über das Sozialamt

Ärztinnen und Ärzte haben einen rechtlich begründeten Anspruch auf Honorierung ihrer Leistungen. Sie machen sich daher nicht strafbar, wenn sie für die Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ein Honorar nehmen. Je nach der persönlichen Situation der Patientinnen und Patienten ist die Höhe des Honorars mit der ärztlichen Verpflichtung zu helfen in Einklang zu bringen.

Eine Abrechnung über das Sozialamt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ist grundsätzlich bei akuten oder schmerzhaften Erkrankungen oder bei Leistungen, die für die Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind, möglich. Unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.

6.5 Ärztliche Sterbebegleitung

Ermittlung des Patientenwillens

- Die Entscheidung über die Einleitung, die weitere Durchführung oder Beendigung einer ärztlichen Maßnahme wird in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter getroffen.
- Das Behandlungsziel, die Indikation der daraus abgeleiteten Maßnahmen, die Frage der Einwilligungsfähigkeit des Patienten und der maßgebliche Patientenwille müssen daher im Gespräch zwischen Arzt und Patient bzw. Patientenvertreter erörtert werden.
- *Bei einwilligungsfähigen Patienten* hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine medizinisch indizierte Behandlung ablehnen, helfen, die Entscheidung zu überdenken.
- *Bei nichteinwilligungsfähigen Patienten* ist die Erklärung ihres Bevollmächtigten bzw. ihres Betreuers maßgeblich. Diese sind verpflichtet, den Willen und die Wünsche des Patienten zu beachten. Falls diese nicht bekannt sind, haben sie so zu entscheiden, wie es der Patient selbst getan hätte (mutmaßlicher Wille). Ist kein Vertreter des Patienten vorhanden, hat der Arzt im Regelfall das Betreuungsgericht zu informieren und die Bestellung eines Betreuers anzuregen, welcher dann über die Einwilligung in die anstehenden ärztlichen Maßnahmen entscheidet.
- Liegt eine *Patientenverfügung* vor, hat der Arzt den Patientenwillen anhand der Patientenverfügung festzustellen. Er sollte dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Trifft die Patientenverfügung auf die aktuelle Behandlungssituation zu, hat der Arzt den Patienten entsprechend dessen Willen zu behandeln. Die Bestellung eines Betreuers ist hierfür nicht erforderlich.
- In *Notfallsituationen,* in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist und für die Ermittlung individueller Umstände keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Hier darf der Arzt davon ausgehen, dass es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, den ärztlich indizierten Maßnahmen zuzustimmen. Im weiteren Verlauf gelten die oben dargelegten allgemeinen Grundsätze. Entscheidungen, die im Rahmen einer Notfallsituation getroffen wurden, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie weiterhin indiziert sind und vom Patientenwillen getragen werden. Ein Vertreter des Patienten ist sobald wie möglich einzubeziehen; sofern erforderlich, ist die Einrichtung einer Betreuung beim Betreuungsgericht anzuregen.
- Für *Kinder und Jugendliche* sind die Sorgeberechtigten, d. h. in der Regel die Eltern, kraft Gesetzes für alle Angelegenheiten zuständig, einschließlich der ärztlichen Behandlung. Sie müssen als Sorgeberechtigte und gesetzliche Vertreter des Kindes über die ärztlichen Maßnahmen aufgeklärt werden und darin einwilligen.

Eine Patientenverfügung ist verbindlich und muss vom behandelnden Arzt beachtet werden.

6.6 Impfungen in Deutschland

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven medizinischen Maßnahmen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich; bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen (UAW) werden nur in sehr seltenen Fällen beobachtet. Unmittelbares Ziel einer Impfung ist es, den Geimpften vor einer bestimmten Krankheit zu schützen. Bei einer bevölkerungsweit hohen Akzeptanz und einer konsequenten, von allen Akteuren getragenen Impfpolitik können hohe Impfquoten erreicht werden. Dadurch ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern, der Röteln und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

Impfpflicht und Impfempfehlung

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder auf der Grundlage der STIKO-Empfehlungen „öffentlich empfohlen". Die Versorgung bei Impfschäden durch „öffentlich empfohlene" Impfungen wird durch die Bundesländer sichergestellt.

Für einen ausreichenden Impfschutz bei den von ihm betreuten Personen zu sorgen, ist eine wichtige Aufgabe des Arztes. Dies bedeutet, die Grundimmunisierung bei Säuglingen und Kleinkindern frühzeitig zu beginnen, ohne Verzögerungen durchzuführen und zeitgerecht abzuschließen. Nach der Grundimmunisierung ist lebenslang, gegebenenfalls durch regelmäßige Auffrischimpfungen, sicherzustellen, dass der notwendige Impfschutz erhalten bleibt und – wenn indiziert – ein Impfschutz gegen weitere Infektionskrankheiten aufgebaut wird. Arztbesuche von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sollten dazu genutzt werden, die Impfdokumentation zu überprüfen und gegebenenfalls den Impfschutz zu vervollständigen.

Im Impfausweis und in der Dokumentation des impfenden Arztes müssen den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes entsprechend die Chargen-Nummer, die Bezeichnung des Impfstoffs (Handelsname), das Impfdatum sowie die Krankheit, gegen die geimpft wurde, eingetragen werden. Ebenfalls zur Impfdokumentation gehören Stempel und Unterschrift des Arztes. Dies gilt für alle Impfstoffe und kann retrospektive Ermittlungen erleichtern, wenn sich Fragen zu Wirksamkeit und Sicherheit bestimmter Impfstoffe oder einzelner Impfstoffchargen ergeben. Als Impfausweis kann jedes WHO-gerechte Formular, das die Vorgaben des IfSG (**In**fektions**s**chutz**g**esetz) berücksichtigt, wie z. B. „Internationale Bescheinigungen über Impfungen und Impfbuch", benutzt werden.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht.

Weitere Informationen zu Themen rund um Impfungen finden sich unter *www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html*

KAPITEL

7 Vokabeln und Leitsätze

7.1 Spezielle Organsysteme: Anamnese, klinische Untersuchung und Dokumentation

7.1.1 Herz- und Kreislaufsystem

Anamnese

Ist bei Ihnen ein Herzklappenfehler bekannt?
Haben Sie einen Herzschrittmacher? Wenn ja, kann ich den Schrittmacherausweis kurz sehen?
Haben Sie regelmäßig ein Engegefühl oder Druckschmerzen in der Brust?
Hatten Sie als Kind angeborene Herzfehler oder oft eitrige Mandelentzündungen?
Wo befinden sich die Schmerzen genau? Hinter dem Brustbein oder in der Magengrube?
Wo sind die Schmerzen genau? Strahlen die Schmerzen aus?
Wann haben die Beschwerden begonnen?
Wie haben die Schmerzen begonnen? Plötzlich? Langsam, schleichend?
Wie ist der Schmerz? Drückend – stechend – ziehend?
Treten die Beschwerden in Ruhe oder nur bei Belastung auf?
Sind die Schmerzen mit der Nahrungsmittelaufnahme verbunden?
Sind sie lageabhängig oder atemabhängig?
Wird der Schmerz beim tiefen Einatmen stärker/schwächer?
Können Sie den Schmerz beeinflussen, wenn Sie sich anders hinlegen?
Haben Sie bei derartigen Schmerzen schon einmal ein Nitro-Präparat eingenommen? Haben sich die Schmerzen dann gebessert?
Fühlen sich die Beschwerden an wie beim letzten Herzinfarkt?
Bemerken Sie gelegentlich Herzstolpern?
Haben Sie unregelmäßigen Herzschlag bemerkt?
Bemerken Sie gelegentlich Herzrasen? Wenn ja, in welchen Situationen?
Bekommen Sie gut Luft?
Haben Sie Atemnot?
Haben Sie gelegentlich das Gefühl, schwer Luft zu bekommen?
Können Sie ohne Atemnot flach liegen?
Schlafen Sie mit erhöhtem Oberkörper?
Wie viele Kissen benützen Sie zum Schlafen?
Wie weit können Sie gehen, ohne in Atemnot zu geraten?
Wie viele Stockwerke können Sie hinaufgehen, ohne anzuhalten?
Müssen Sie nachts zur Toilette? Wie oft?
Schwellen abends Ihre Beine an?
Werden die Knöchel abends dicker? Passen Ihnen Ihre Schuhe noch?
Haben Sie Schmerzen in den Beinen?
Haben Sie nach längeren Gehstrecken Schmerzen in den Beinen?
Müssen Sie deswegen anhalten?

Untersuchung

1. **Inspektion**
   - Hautkolorit: Ich schaue mir Ihre Hautfarbe genauer an.
   - Trommelschlägelfinger: Zeigen Sie mir bitte Ihre Finger.
   - Uhrglasnägel: Zeigen Sie mir bitte Ihre Fingernägel.
   - Halsvenen: Ich schaue Ihre Halsvenen genau an.
   - Beinvenen: Ich möchte gerne Ihre Beinvenen anschauen. Können Sie bitte Ihre Hose ausziehen?
2. **Auskultation**
   - Herztöne und -geräusche: Ich möchte die Herztöne und -geräusche abhören. Können Sie den Oberkörper frei machen? Versuchen Sie jetzt tief einzuatmen und die Luft anzuhalten.
   - Gefäßgeräusche (Arteria carotis): Ich möchte Geräusche Ihrer Halsschlagader abhören. Strecken Sie bitte Ihren Hals leicht nach hinten.
3. **Perkussion**
   - Es findet keine Perkussion statt.
4. **Palpation**
   - Herzspitzenstoß: Ich möchte gerne den Herzspitzenstoß ertasten. Können Sie sich bitte hinsetzen und sich nach vorne vorbeugen?
   - Puls: Ich möchte den Puls an der Halsschlagader tasten. Strecken Sie bitte den Hals leicht nach hinten.

Dokumentation

In ➔ Tab. 7.1 sind die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe für die Untersuchung des Herz-Kreislauf-Systems und der damit verbundenen Dokumentation aufgeführt.
Bei den Substantiven ist in der Regel in Klammern das Genus angegeben: (m) = maskulinum, (f) = femininum, (n) = neutrum; (pl) = Plural.

Tab. 7.1 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Herz-Kreislauf-Systems

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Blutdruck (m)		blood pressure
Puls (m)		pulse
• regelmäßig		• regular
• tachykard	zu schnell	• tachycardic
• bradykard	zu langsam	• bradycardic
• paradoxus	Pulsschwächung (f) während Einatmung	• paradoxical
Gefäßgeräusche (n; pl)		vascular murmur
Haut (f)		skin
Hautturgor (m)	Spannungszustand (m) der Haut	skin turgor
• normal		• normal
• dehydriert	entwässert	• dehydrated
Hautfarbe (f)		skin colo(u)r
• normal		• normal
• blass		• pale
• Blässe (f)		• paleness
• zyanotisch	blau gefärbt	• cyanotic
• ikterisch	gelb gefärbt	• icteric
• gebräunt		• tanned
• gerötet		• reddened
• Gesichtsrötung (f)		• facial redness
• hyperpigmentiert	überpigmentiert	• hyperpigmented

Tab. 7.1 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Herz-Kreislauf-Systems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
• Teleangiektasien (f; pl)	sichtbare Hautgefäße (n; pl)	• telangiectasias
Nägel (m; pl)		nails
• normal		• normal
• Uhrglasnägel (m; pl)		• (digital) clubbing; hippocratic fingers
• Trommelschlägelfinger (m; pl)		• drumstick fingers
Palpation (f)	Abtasten (n)	palpation
Herzspitzenstoß (m)		apex beat
Auskultation (f)	Abhören (n)	auscultation
Herzrhythmus (m)		cardiac rhythm
Herztöne (m; pl)		heart sounds
• Systolikum (n); Diastolikum (n)	Anspannungs- und Auswurfphase (f); Entspannungs- und Füllungsphase (f)	• systolic/diastolic murmur
• (atemabhängige) Spaltung (f)		• (breath-dependent) splitting of heart sounds
• Herzgeräusch (n)		• heart murmur
• Punctum maximum (m)	Abhörort (m), der spezifisch für einen Herzklappenfehler ist	• point of maximal impulse (PMI)
• Perikardreiben (n)	Herzbeutelreiben (n)	• pericardial friction rub
Ischämische Erkrankungen des Herzens		**Isch(a)emic heart diseases**
Stenose (f)	Verengung (f)	stenosis
(Chronisch) Ischämische Herzkrankheit (f)	Herzkrankheit wegen Durchblutungsmangel (m)	(chronic) isch(a)emic heart disease
Angina pectoris (f)	Brustschmerzen (f)	angina pectoris
Myokardinfarkt (m)	Herzinfarkt (m)	myocardial infarction
Herzvitien	**Herzfehler**	**Heart defects**
Aortenisthmusstenose (f)	Verengung (f) der Aorta	aortic isthmus stenosis; coarctation of the aorta
Aortenklappeninsuffizienz (f)	ungenügender Verschluss der Herzklappe (f) zum Körperkreislauf	aortic (valve) insufficiency; aortic regurgitation
Aortenklappenstenose (f)	Einengung der Herzklappe (f) zum Körperkreislauf	aortic (valve) stenosis
Mitralklappeninsuffizienz (f)	Undichtigkeit der Herzklappe (f) zwischen linkem Vorhof und linker Herzkammer	mitral (valve) insufficiency; mitral regurgitation
Mitralklappenprolaps (m)	angeborene Fehlbildung der Mitralklappe (f)	mitral (valve) prolapse
Mitralklappenstenose (f)	Einengung der Mitralklappe (f)	mitral (valve) stenosis
Pulmonalklappeninsuffizienz (f)	ungenügender Verschluss der Herzklappe (f) vor der Lunge	pulmonary (valve) insufficiency; pulmonary regurgitation
Pulmonalklappenstenose (f)	Einengung (f) der Ausflussbahn von rechter Herzkammer zur Lunge	pulmonary (valve) stenosis
Trikuspidalklappeninsuffizienz (f)	Undichtigkeit der Herzklappe (f) zwischen rechtem Vorhof und rechter Herzkammer	tricuspid (valve) insufficiency; tricuspid regurgitation
Trikuspidalklappenstenose (f)	Einengung der Herzklappe (f) zwischen rechtem Vorhof und rechter Herzkammer	tricuspid (valve) stenosis
Ventrikelseptumdefekt (m)	(Herz-)Kammerwand-Defekt (m)	ventricular septal defect (VSD)
Atriumseptumdefekt (m); Vorhofseptumdefekt (m)	Loch in der Scheidewand (f) zwischen den Vorhöfen	atrial septal defect (ASD)
Entzündliche Erkrankungen des Herzens		**Inflammatory heart diseases**
Endokarditis (f)	Entzündung der Herzinnenhaut (f)	endocarditis
Myokarditis (f)	Herzmuskelentzündung (f)	myocarditis
Perikarditis (f)	Herzbeutelentzündung (f)	pericarditis
Herzrhythmusstörung		**Cardiac dysrhythmia**
Vorhofflattern (n)		atrial flutter
Kammerflattern (n)		ventricular flutter

Tab. 7.1 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Herz-Kreislauf-Systems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Herzrhythmusstörung		Cardiac dysrhythmia
Vorhofflimmern (n)		atrial fibrillation
Kammerflimmern (n)		ventricular fibrillation
Tachykardie (f)	Herzrasen (n); (zu) schneller Herzschlag (m)	tachycardia
Bradykardie (f)	(zu) langsamer Herzschlag (m)	bradycardia
paroxysmale Tachykardie (f)	anfallsweises Herzrasen (n)	paroxysmal tachycardia
ventrikuläre Tachykardie (f) (VT)	Kammertachykardie (f); Herzrasen (n) der Kammer	ventricular tachycardia
Extrasystole (f)	Extraschlag (m); Herzstolpern (n)	extrasystole; premature contraction
Palpitationen (f; pl)	Herzklopfen (n); Herzpochen (n)	palpitations
Reizleitungsstörung		Conduction disturbance
atrioventrikulärer Block, AV-Block (m)	Reizleitungsstörung (f) zwischen Vorhof und Kammer am AV-Block	atrioventricular block
bifaszikulärer Block (m)	zwei von drei Leitungsbündeln (n; pl) des Herzens sind blockiert	bifascicular block
trifaszikulärer Block (m)	alle drei Leitungsbündel (n; pl) sind blockiert (vollständige Erregungsleitungsblockade)	trifascicular block
Linksschenkelblock (LSB) (m)	Reizleitungsstörung (f) des linken Schenkels des Erregungsleitungssystems der Herzkammer	left bundle branch block
Rechtsschenkelblock (RSB) (m)	Reizleitungsstörung (f) des rechten Schenkels des Erregungsleitungssystems der Herzkammer	right bundle branch block
Präexzitationssyndrom (n)	vorzeitige Erregung (f) der Herzkammer	preexcitation syndrome
Sick-Sinus-Syndrom (n)	Herzrhythmusstörungen (f; pl), die vom Sinusknoten ausgehen	sick sinus syndrome
Weitere kardiologische Erkrankungen		Other cardiac diseases
alkoholische Kardiomyopathie (f)	Alkoholische Herzmuskelerkrankung (f)	alcoholic cardiomyopathy
Herzbeklemmung (f)		heart oppression
Perikarderguss (m)	Herzbeutelerguss (m)	pericardial effusion
Perikardtamponade (f)	Herzbeuteltamponade (f)	pericardial tamponade
Herzinsuffizienz (f)	Herzschwäche (f)	cardiac insufficiency
Links-/Rechtsherzinsuffizienz (f)		left-/rights-sided heart failure
Herzneurose (f)	Herzangst (f)	cardiac neurosis
Herzstillstand (m)		cardiac arrest
Herzverfettung (f)		fatty degeneration of the heart
Herzversagen (n)		heart failure
Kardiomegalie (f)	Herz(muskel)vergrößerung (f)	cardiomegaly
Kardiomyopathie (f)	Krankheit des Herzmuskels	cardiomyopathy
Pleuraerguss (m)	Flüssigkeit zwischen Lunge (f) und Zwerchfell (n)	pleural effusion
plötzlicher Herztod (m)		acute cardiac death
Hämoperikard (n)		h(a)emopericardium
Erkrankungen des Kreislaufs		Cardiovascular diseases
Hypertonie (f)	Bluthochdruck (m)	hypertension
hypertensive Enzephalopathie (f)	krankhafte Veränderung des Gehirns (n) aufgrund zu hohen Blutdrucks (m)	hypertensive encephalopathy
Hypotonie (f)	niedriger Blutdruck (m)	hypotension
Kollaps (m)		collapse
Kreislaufkollaps (m)		circulatory collapse
Synkope (f)	Ohnmacht (f)	syncope
Schock (m)		shock

Tab. 7.1 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Herz-Kreislauf-Systems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Erkrankungen des Kreislaufs		Cardiovascular diseases
anaphylaktischer Schock (m)	„Allergischer" Schock (m)	anaphylactic shock
hypovolämischer Schock (m)	Volumenmangelschock (m)	hypovol(a)emic shock
kardiogener Schock (m)		cardiogenic shock
Erkrankungen des pulmonalen Kreislaufs		Pulmonary circulation diseases
Lungenembolie (f)	Verstopfung eines Lungengefäßes (n)	pulmonary embolism
pulmonale Hypertonie (f)	Lungenhochdruck (m)	pulmonary hypertension
Schlafapnoe (f)	Atemstillstände (m; pl) während des Schlafs	sleep apnea
Zerebrovaskuläre Erkrankungen		Cerebrovascular diseases
Hirninfarkt (m)	Schlaganfall (m), „Schlägle" (n)	ischemic stroke
intrazerebrale Blutung (f)	Hirnblutung (f)	(intra)cerebral h(a)emorrhage
Apoplex (m)	Schlaganfall (m)	stroke; cerebrovascular accident; apoplexy
Subarachnoidalblutung (f)		subarachnoid h(a)emorrhage
Erkrankungen der Gefäße		Vascular diseases
Atherosklerose (f)	Arterienverkalkung (f)	atherosclerosis
Stenose (f)	Verengung (f); Engstelle (f)	stenosis
Thrombose (f)	Blutgerinnsel (n) in einem Gefäß	thrombosis
thrombembolischer Verschluss (m)		thromboembolic occlusion
postthrombotisches Syndrom (n)		post-thrombotic syndrome
Koagel (n); Koagulum (n)	Blutgerinnsel (n)	blood clot
Embolie (f)	Verschluss eines Blutgefäßes (n) durch eingeschwemmtes Material	embolism
Arteriitis (f)	Entzündung von Arterien	arteritis
Phlebitis (f)	Venenentzündung (f)	phlebitis
Thrombophlebitis (f)	Thrombose und Entzündung oberflächlicher Venen	thrombophlebitis
Varize (f)	Krampfader (f)	varix
Aneurysma (n)	Aussackung (f)	aneurysm
Aortenaneurysma (n)	Aussackung der Hauptschlagader (f)	aortic aneurysm
Dissektion der Aorta (f)	Auftrennung der Wandschichten der Hauptschlagader (f)	aortic dissection
Raynaud-Syndrom (n)	Verblassen der Finger durch eine Gefäßkrankheit (f)	Raynaud's syndrome
Thrombangiitis obliterans (f)	Gefäßabschnittsentzündung (f) (meist in den Beinen)	thromboangiitis obliterans; Buerger's disease
Pfortaderthrombose (f)	Verstopfung der Pfortader (f) durch Blutpfropfen	pylethrombosis; portal vein thrombosis
Budd-Chiari-Syndrom (BCS) (n)	Thrombose der Lebervenen (f; pl)	Budd-Chiari syndrome

7.1.2 Gastroenterologie

Anamnese

Haben Sie Bauchschmerzen?
Haben Sie Sodbrennen?
Haben Sie vor oder nach dem Essen Bauchkrämpfe?
Haben Sie Bauchschmerzen, wenn Sie nichts gegessen haben?
Haben Sie Schluckbeschwerden?

Wie ist Ihr Appetit?
Hat sich Ihr Appetit verändert?
Vertragen Sie irgendeine Speise nicht?
Können Sie alles essen?
Was essen Sie normalerweise?
Haben sich Ihre Ernährungsgewohnheiten geändert?
Haben Sie in den letzten Stunden etwas Auffälliges gegessen (z. B. Pilze, Eier, …)?
Haben Sie in letzter Zeit vermehrten Durst?
Haben Sie in den letzten Monaten stark an Gewicht verloren?
Haben Sie abgenommen?
Haben Sie in den letzten Monaten stark an Gewicht zugenommen?
Haben Sie zugenommen?
Leiden Sie unter Übelkeit oder Brechreiz?
Haben Sie erbrochen?
Hatten Sie kaffeesatzartiges Erbrechen?
Haben Sie Mundgeruch?
Haben Sie Blähungen?
Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?
Leiden Sie unter Verstopfung?
Wann hatten Sie das letzte Mal Stuhlgang?
Haben Sie Durchfall?
Haben Sie breiige Stühle?
Nehmen Sie Abführmittel?
Haben Sie Änderungen des Stuhls bemerkt?
Haben Sie schwarzen, hellen oder blutigen Stuhl bemerkt?
Haben Sie Bleistiftstühle bemerkt?
Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?
Haben Sie gemerkt, dass Ihre Augen gelb geworden sind? Wenn ja, seit wann?

Untersuchung

1. **Inspektion**
   - Abdomen: Ich werde Ihren Bauch nach Form, Narben, Hernien sowie Behaarungsmuster beurteilen. Legen Sie sich bitte auf den Rücken und legen Sie Ihre Arme ausgestreckt neben Ihren Bauch.
   - Hernien: Ich sehe keine Vorwölbungen. Wölbt der Bauch sich im Stehen nach unten oder nach oben? Können Sie kurz aufstehen?
2. **Auskultation**
   - Darmgeräusche: Ich möchte die Darmgeräusche abhören.
3. **Perkussion**
   - Abdomen: Ich möchte jetzt Ihren Bauch abklopfen.
   - Aszites: Ich möchte gerne prüfen, ob Sie Flüssigkeit im Bauchraum haben. Können Sie sich auf die rechte Seite legen? Ich werde Ihren Bauch von der Flanke aus zur Mitte hin perkutieren.
   - Niere: Ich möchte jetzt die Niere untersuchen. Spüren Sie Schmerzen, wenn ich auf die Nierenlager klopfe?
4. **Palpation**
   - Abdomen: Ich möchte gerne Ihren Bauch genauer untersuchen. Wenn Sie Schmerzen spüren, sagen Sie bitte Bescheid.
   - Leber: Ich möchte jetzt Ihre Leber untersuchen. Können Sie bitte tief einatmen und die Luft anhalten.
   - Milz: Ich möchte nun Ihre Milz untersuchen. Ich halte meine rechte Hand unter den Rippenbogen und taste mit der linken die Milz. Können Sie bitte tief einatmen?

Dokumentation

In ➤ Tab. 7.2 sind die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe für die Untersuchung des gastrointestinalen Systems und der damit verbundenen Dokumentation aufgeführt.

Tab. 7.2 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des gastrointestinalen Systems

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Abdomen (n)	Bauchraum	abdomen
Palpation (f)	Abtasten (n)	palpation
• Brüche (m; pl)		• hernias
• Resistenzen (f; pl)	Widerstände (f; pl)	• resistance
• Abwehrspannung (f)		• muscular defense
• brettharte Bauchdecke (f)		• rigid/board-like abdomen
• Meteorismus (m)	Blähungen (f; pl)	• meteorism
• Organvergrößerungen (f; pl)		• organ enlargements
• Aszites (m)	Flüssigkeitsansammlungen (f; pl) in der freien Bauchhöhle	• ascites
• weich; eindrückbar		• soft; compressible
• gebläht; aufgetrieben		• inflated; bloated
• Druckschmerz (m)		• tenderness
• Loslassschmerz (m)		• rebound tenderness
Lebergrenze (f)		liver margin/border
• scharf		• sharp
• stumpf		• blunt
• eben		• regular
• uneben		• irregular
Konsistenz (f)	Beschaffenheit (f)	consistency
• weich		• soft
• hart		• hard
Oberfläche (f)		surface
• höckerig		• nodular
Hepato-/Splenomegalie (f)	Leber-/Milzvergrößerung (f) (abnorm)	hepato-/splenomegaly
Darmgeräusche (n; pl); Peristaltik (f)	Peristaltik = Darmbewegung (f)	bowel sounds; peristalsis
• vermehrt		• increased
• vermindert; fehlend		• decreased; absent
• hochgestellt		• high-pitched
Nierenlager (n)		renal bed
• klopfschmerzhaft		• tender to percussion
• Tumoren (m; pl)	Geschwulst (n); Neubildung (f)	• tumo(u)rs
Sphinktertonus (m)	Schließmuskelaktivität (f)	sphincter tone
• normal		• normal
• gesteigert		• increased
• vermindert		• decreased
Prostata (f)	Vorsteherdrüse (f)	prostate
• Größe (f)		• size
Konsistenz (f)	Beschaffenheit (f)	consistency
• Knoten (m)		• node
benigne Prostatahyperplasie (f)	gutartige Prostatavergrößerung (f)	benign prostatic hypertrophy (BHP)
Stuhl (m)		stool
• Farbe (f)		• colo(u)r

Tab. 7.2 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des gastrointestinalen Systems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
• Konsistenz (f)		• consistency
• Blut (n); Schleim (m)		• blood; muc(o)us
Erkrankungen des Ösophagus und des Magens	Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens	(o)esophagus and gastric diseases
Ösophagitis (f)	Entzündung der Speiseröhre	(o)esophagitis
Ösophagusvarizen (f; pl)	„Krampfadern" (f; pl) der Speiseröhre	(o)esophageal varices
gastroösophageale Refluxkrankheit (f)	Refluxkrankheit; Entzündung der Speiseröhre aufgrund von Rückfluss der Magensäure	gastro(o)esophageal reflux disease (GERD)
Achalasie der Kardia (f)	Kardia = Übergang von der Speiseröhre zum Magen; Achalasie = Funktionsstörung der glatten Muskulatur von Hohlorganen, fehlende Erschlaffung	achalasia (of the) cardia
Mallory-Weiss-Syndrom (n)	längliche Einrisse der Schleimhaut der Speiseröhre (f)	Mallory-Weiss syndrome
Magendilatation (f)	Magenerweiterung (f)	gastric dilatation
Magendivertikel (m)	Ausstülpung der Schleimhaut des Magens	gastric diverticulum
Indigestion (f)	Verdauungsstörung (f)	indigestion
Gastritis (f)	Magenschleimhautentzündung (f)	gastritis
Alkoholgastritis (f)	Magenentzündung (f) wegen Alkoholkonsum	alcoholic gastritis
Ulcus ventriculi (n)	Magengeschwür (n)	gastric/stomach ulcer
Ulcus duodeni (n)	Zwölffingerdarmgeschwür (n)	duodenal ulcer
Ulcus pepticum (n)	Geschwür (n) im Magen-Darm-Trakt, das durch Einwirkung von Magensäure entstanden ist	peptic ulcer
Erkrankungen des Darmes		Intestinal diseases
Duodenitis (f)	Zwölffingerdarmentzündung (f)	duodenitis
Appendizitis (f)	Blinddarmentzündung (f)	appendicitis
Peritonitis (f)	Bauchfellentzündung (f)	peritonitis
Adhäsion (f)	Verwachsung (f)	adhesion; concretion
Invagination (f)	(Darm-)Einstülpung (f)	intussusception; invagination
Volvulus (m)	Darmverdrehung (f)	volvulus
Ileus (m)	Darmverschluss (m)	ileus; intestinal obstruction
Duodenalverschluss (m)	Zwölffingerdarmverschluss (m)	duodenal obstruction
Gallensteinileus (m)	Darmverschluss aufgrund von Gallensteinen	gallstone ileus
Paralytischer Ileus (m)	Darmstillstand (m)	paralytic ileus
Megakolon (n)	Dickdarmerweiterung (f)	megacolon
Malabsorption (f)	schlechte Aufnahme (f) (von Nahrungsbestandteilen)	malabsorption
tropische Sprue (f)	in den Tropen vorkommendes Malabsorptionssyndrom (n)	tropical sprue
Zöliakie (f)	Glutenunverträglichkeit (f); einheimische Sprue (f)	c(o)eliac disease; nontropical sprue
Colon irritabile (n)	Reizdarmsyndrom (n)	irritable colon/bowel disease (BD)
Crohn-Krankheit (f)	chronisch-entzündliche Darmerkrankung (f), die den ganzen Darm betrifft	Crohn's disease
Colitis ulcerosa (f)	chronisch-entzündliche Darmerkrankung (f), die hauptsächlich den Dickdarm betrifft	ulcerative colitis
Zyste (f)	flüssigkeitsgefüllter Hohlraum im Gewebe, umgeben von einer Kapsel	cyst
Pseudozyste (f)	zystenartiges Gebilde ohne Kapsel	pseudocyst
Polyp (m)	Vorwölbung der Mukosa in einem Hohlorgan (n)	polyp
Divertikulose (f)	Auftreten vieler Schleimhautausstülpungen (f; pl)	diverticulosis
Divertikulitis (f)	entzündete Schleimhautausstülpungen (f; pl)	diverticulitis
Hernie (f)	Bruch (m); Eingeweidebruch (m)	hernia

Tab. 7.2 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des gastrointestinalen Systems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Erkrankungen des Darmes		Intestinal diseases
• kongenital	angeboren	• congenital
• inkarzeriert	eingeklemmt	• incarcerated
• reponierbar	zurückschiebbar	• reducible
• nicht reponierbar	nicht zurückschiebbar	• irreducible
• stranguliert	abgeschnürt	• strangulated
Ösophagushernie (f)	Speiseröhrenbruch (m)	(o)esophageal hernia
Hiatushernie (f)	krankhafter Durchtritt von Magenanteilen durch das Zwerchfell	hiatal hernia
Zwerchfellhernie (f)	Durchtritt von Bauchorganen durch das Zwerchfell	diaphragmatic hernia
Leistenhernie (f)	Leistenbruch (m)	inguinal hernia
Femoralishernie (f)	Schenkelhernie (m)	femoral hernia
Nabelhernie (f)	Nabelbruch (m)	umbilical hernia
Narbenhernie (m)	Narbenbruch (m)	incisional hernia
Analfissur (f)	Einriss der Haut des Afters (m)	anal fissure
Analfistel (f)	entzündlich veränderte Gänge im Bereich der Analregion (f) (Fistel = krankhafter Gang zwischen zwei Hohlorganen oder zwischen einem Organ und der Körperoberfläche)	anal fistula
Analabszess (m)	Eiteransammlung im After (m)	anal abscess
Rektalabszess (m)	Eiteransammlung im Mastdarm (m)	rectal abscess
Analprolaps (m)	Vorfall der Haut des Afters (m)	anal prolapse
Rektumprolaps (m)	Vorfall des Mastdarms (m)	rectal prolapse
Darmfistel (f)		intestinal fistula
Hämorrhoiden (f; pl); Hämorrhoidalleiden (n)	krankhafte Gefäßerweiterung am After (f)	piles; h(a)emorrhoids
Hämorrhoidalknoten (m)	knotig vorspringende Hämorrhoiden (f; pl)	h(a)emorrhoidal node
Erkrankungen der Gallenblase und der Gallenwege		Gallbladder and bile duct diseases
Cholezystitis (f)	Gallenblasenentzündung (f)	cholecystitis
• nicht durch Steine (m; pl) bedingt		• in the absence of stones
Cholangitis (f)	Entzündung der Gallengänge (m; pl)	cholangitis
• sklerosierend	verhärtend	• sclerosing
Gallengrieß (m)		gall gravel
Cholelithiasis (f)	Gallensteinleiden (n)	cholelithiasis
Gallenblasenstein (m)		gall bladder stone
Gallengangsstein (m)		bile duct stone
Gallensteinkolik (f)		gall stone colic
Erkrankungen der Leber		Liver diseases
Leberfibrose (f)	krankhafter Umbau von Lebergewebe in Bindegewebe	liver fibrosis
Leberzirrhose (f)	„Schrumpfleber“ Spätstadium der Leberfibrose	(liver) cirrhosis; hepatocirrhosis
alkoholische Fettleber (f)		alcoholic fatty liver
alkoholische Hepatitis (f)	alkoholische Leberentzündung (f)	alcoholic hepatitis
alkoholische Leberzirrhose (f)		alocoholic liver cirrhosis
chronische Stauungsleber (f)	Blutstau in der Leber (f)	chronic liver congestion
Leberversagen (n)		hepatic/liver failure
Leberabszess (m)	Eiteransammlung in der Leber (f)	hepatic/liver abscess

Tab. 7.2 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des gastrointestinalen Systems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Erkrankungen der Leber		Liver diseases
Leberinfarkt (m)	Gewebsuntergang in der Leber (f)	hepatic/liver infarct
portale Hypertonie (f)	Pfortaderhochdruck (m)	portal hypertension
hepatorenales Syndrom (n)	akutes Nierenversagen, das bei Erkrankungen der Leber auftritt	hepatorenal syndrome (HRS)
pankreatitis (f)	Bauchspeicheldrüsenentzündung (f)	pancreatitis
Symptome		Symptoms
Flatulenz (f)	Blähungen (f; pl)	flatulence
akutes Abdomen (n)	Symptom (n), das durch Baucherkrankungen ausgelöst wird	acute abdomen
Melaena/Meläna (f)	Teerstuhl (m)	melena
Obstipation (f)	Verstopfung (f)	obstipation
Pyrosis (f)	Sodbrennen (n)	pyrosis
Ikterus (m)	Gelbsucht (f)	jaundice; icterus

Darmgeräusche werden über allen vier Quadranten auskultiert. Die Auskultation steht immer *vor* der Palpation bzw. Perkussion, da sonst falsch-positive Befunde zu erwarten sind.

Beginnen Sie die Leberuntersuchung im rechten Unterbauch, um eine stark vergrößerte Leber nicht zu übersehen.

7.1.3 Atmungssystem

Anamnese

Husten Sie in letzter Zeit? Wenn ja, eher trocken oder mit Auswurf?
Beschreiben Sie mir bitte Farbe und Konsistenz des Auswurfs.
Husten Sie Schleim aus?
Tritt der Husten nur oder gehäuft zu bestimmten Tageszeiten auf?
Sind Sie gelegentlich heiser?
Haben Sie häufig Erkältungen?
Atmen Sie bei der Arbeit belastende Dämpfe ein?
Haben Sie etwas verschluckt in letzter Zeit?
Ist Ihnen bei Anstrengung oder Kälte ein pfeifendes Atemgeräusch aufgefallen?
Haben Sie Probleme mit der Nase? Zum Beispiel:

- Sekretion der Nase
- Nasenbluten
- Heuschnupfen
- eine Verletzung an der Nase
- Beeinträchtigung des Geruchssinns

Bekommen Sie gut Luft?
Haben Sie Atemnot?
Haben Sie gelegentlich das Gefühl, schwer Luft zu bekommen?

Untersuchung

1. **Inspektion**
   - Thorax: Ich untersuche nun genau die Form Ihres Brustkorbs. Bitte machen Sie den Oberkörper frei und setzen Sie sich entspannt hin.
2. **Auskultation**
   - Atemgeräusche: Ich möchte die Atemgeräusche abhören. Atmen Sie tief ein und aus.

3. **Perkussion**
   - Thorax: Ich möchte nun Ihre Lunge perkutieren.
4. **Palpation**
   - Stimmfremitus: Ich möchte jetzt die Lunge genauer untersuchen. Ich lege meine beiden Hände auf Ihre Lunge. Sagen Sie die Zahl 99.
   - Bronchophonie: Ich möchte jetzt die Lunge genauer untersuchen. Ich lege meine beiden Hände auf Ihre Lunge. Sagen Sie die Zahl 66.

Dokumentation

In ➢ Tab. 7.3 sind die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe für die Untersuchung des Atmungssystems und der damit verbundenen Dokumentation aufgeführt.

Tab. 7.3 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Atmungssystems

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Form		Form
Emphysem (n)	Luftansammlung (f)	emphysema
Fassthorax (m)	fassförmiger Brustkorb (m)	barrel chest
Buckel (m)		hump
rachitische Zeichen (n; pl)	Zeichen von Vitamin-D-Mangel: aufgetriebene Emphysemfugen, O-Beine, rachitischer Rosenkranz	signs of rickets
• Trichterbrust (f)		• funnel chest
• Hühnerbrust (f)		• pigeon breast
Beweglichkeit (f)		mobility
• elastisch		• elastic
• starr		• rigid
Lunge		Lungs
Atmung		respiration; breathing
• rhythmisch		• rhythmic
Orthopnoe (f)	Minderatmung, benötigt Atemhilfsmuskulatur (f)	orthopnea
Mundatmung (f)		mouth breathing
periodische Atmung (f)	An- und Abschwellen der Atemtiefe (f)	periodic breathing
Stridor (m)	krankhafte Atemgeräusche (f; pl)	stridor
(Ruhe-)Dyspnoe (f)	erschwerte Atmung (in Ruhe) (f)	dyspn(o)ea
interkostale Einziehung (f)	„Zwischenrippeneinziehungen" (f; pl)	intercostal retraction
Hypo-/Hyperventilation (f)		hypo-/hyperventilation
Kussmaulsche Atmung (f)	tiefe und betonte Atmung bei einer metabolischen Azidose	Kussmaul breathing
Cheyne-Stokes-Atmung (f)	regelmäßige wechselnde Atemtiefe/Atemfrequenz (f)	Cheyne-Stokes respiration
Perkussion	Abklopfen (n)	Percussion
Dämpfung (f)		dullness
(hyper-)sonorer Klopfschall (m)	zu lauter, zu hohl klingender Klopfschall (m)	(hyper-)resonant percussion note
Grenzen des Diaphragmas (n)	Zwerchfellgrenzen	diaphragm borders
Auskultation		Auscultation
Vesikuläratmen (n)	gedämpftes Atemgeräusch (n) (durch Pleura und Brustwand)	vesicular breathing
Bronchialatmen (n)	zentrales Atemgeräusch (n) (Brochien und Luftröhre)	bronchial breathing
Atemnebengeräusche (n; pl)		adventitious/abnormal breath sounds
Giemen (n)	pfeifendes Atemnebengeräusch	sibilant rhonchus; wheeze
Rasselgeräusche (n; pl)	Atemnebengeräusche, die durch Bewegung von Flüssigkeiten entstehen	rales; crackles

Tab. 7.3 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Atmungssystems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Auskultation		Auscultation
Knistern (n)		crepitation
Stimmfremitus (m)	Brustkorbvibration (f) beim Sprechen tieffrequenter Töne	vocal fremitus
Bronchophonie (f)	Brustkorbvibration (f) beim Sprechen hochfrequenter Töne	vocal bronchophony
Sputum (n)	abgehusteter Auswurf (m)	sputum; productive cough
Erkrankungen der oberen Luftwege		Diseases of the upper air passages
Tonsillitis (f)	Mandelentzündung (f)	tonsillitis
Rhinitis (f)	Nasenschleimhautentzündung (f)	(common) cold; acute rhinitis
Epiglottitis (f)	Kehldeckelentzündung (f)	epiglottitis
Epistaxis (f)	Nasenbluten (n)	epistaxis; nosebleed
Laryngospasmus (m)	Stimmbandkrampf (m)	laryngospasm
Niesen (n)		sneezing
Stridor (m)	(Aus-)Atemgeräusch (n)	stridor
Pharyngitis (f)	Rachenentzündung (f)	pharyngitis
Grippe (f)		influenza; flu
Hämoptoe (f)	Bluthusten (m)	h(a)emoptysis
Laryngitis (f)	Kehlkopfentzündung (f)	laryngitis
Nasenpolyp (m)		nasal polyp
chronische Rhinitis (f)	chronischer Schnupfen (m)	chronic rhinitis
Singultus (m)	Schluckauf (m)	hiccup
Sinusitis (f)	Nasennebenhöhlenentzündung (f)	sinusitis
Sinusitis frontalis (f)	Stirnhöhlenentzündung (f)	frontal sinusitis
Sinusitis maxillaris (f)	Kiefernhöhlenentzündung (f)	maxillary sinusitis
Nasenseptumdeviation (f)	Nasenscheidenwandverkrümmung (f)	deviation of the nasal septum
Respiratorische Infektionen		Respiratory infections
Abszess der Lunge (m)	Eiteransammlung in der Lunge (f)	pulmonary abscess
eosinophiles Lungeninfiltrat (n)	Lungengewebeverdichtung durch Entzündung (f)	pulmonary infiltrate with eosinophilia
Pneumonie (f)	Lungenentzündung (f)	pneumonia
Viruspneumonie (f)	virale Lungenentzündung	viral pneumonia
Lobärpneumonie (f)	Lungenlappenentzündung (f)	lobar pneumonia
Obstruktive Erkrankungen der Lunge		Obstructive pulmonary diseases
Asthma bronchiale (extrinsisch/intrinsisch) (n)		bronchial asthma (extrinsic/intrinsic)
Bronchiektase (f)	Ausweitung der Atemgangswege	bronchiectasis
Bronchitis (f)	Entzündung der Bronchien (f)	bronchitis
chronisch obstruktive Lungenerkrankung (f) (COPD)	dauerhafte, schlimmer werdende Verstopfung (f) der Atemwege	chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
Emphysem (n)	Überblähung (f)	emphysema
Lungenstauung (f)		pulmonary congestion
Status asthmaticus (m)	lang anhaltender Asthmaanfall (m)	status asthmaticus
Weitere pulmonale Erkrankungen		Other pulmonary diseases
Asphyxie (f)	Erstickungszustand (m) durch Absinken des Sauerstoffgehalts (m) und Ansteigen des Kohlendioxidgehalts (m)	asphyxia
Aspiration (f)	Verschlucken (n) von Fremdkörpern	aspiration
Atemnotsyndrom (n)		respiratory distress syndrome

Tab. 7.3 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Atmungssystems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Weitere pulmonale Erkrankungen		Other pulmonary diseases
Atemstillstand (m)		respiratory arrest
Bronchiolitis (f)	Entzündung der kleinen Atemabschnitte (m)	bronchiolitis
Dyspnoe (f)	Atemnot (f)	dyspnea (AE); dispnoea (BE)
Hämatothorax (m)	Blutansammlung (f) im Brustkorb	h(a)em(at)othorax
Hyperventilation (f)	beschleunigte Atmung (f)	hyperventilation
Larynxödem (n)	Kehlkopfschwellung (f)	laryngeal (o)edema
Lungenödem (n)	Wasserlunge (f)	pulmonary (o)edema
Pleuraerguss (m)	Flüssigkeit zwischen beiden Blättern des Rippenfells	pleural effusion
Pleuritis (f)	Brustfellentzündung (f)	pleurisy
Pneumothorax (m)	Lufteintritt zwischen beiden Blättern des Rippenfells	pneumothorax
Spannungspneumothorax (m)	Pneumothorax mit lebensgefährlichem Druckanstieg (m) im Brustkorb	tension pneumothorax
respiratorische Insuffizienz (f)	Minderatmung (f)	respiratory failure/insufficiency
Siderose (f)	Eisenspeicherkrankheit (f)	siderosis
Rippenserienfraktur (f)	Rippenserienbruch (m)	(serial) rib fracture
Erstickung (f)		suffocation
Barotrauma (n)	Druckverletzung (f)	barotrauma
Dekompressionskrankheit (f)	Taucherkrankheit (f)	decompression sickness
Ertrinken (n)		drowning
Untertauchen (n)		submersion
Luftembolie (f)	Gefäßverschluss durch Gasansammlungen	air embolism
Fettembolie (f)	Gefäßverschluss durch Fettpfropfen	fat embolism

Bitten Sie den Patienten, gleichmäßig mit offenem Mund ein- und auszuatmen. Achten Sie dabei auf die notwendigen Pausen zur Vorbeugung vor einer möglichen Hyperventilation.

7.1.4 Nervensystem

Anamnese

Bewusstsein

Haben Sie das Bewusstsein verloren?
Können Sie sich an alles erinnern?
Sind Sie ohnmächtig geworden?
Können Sie sich über den Tag hinweg wach halten?

Orientierung

Wissen Sie, wer Sie sind?
Wissen Sie, wo Sie sind?
Wissen Sie, wie spät es ist?
Wissen Sie, welches Datum heute ist?

Kleinhirnsymptomatik

Ist Ihnen schwindelig?

Können Sie den Schwindel beschreiben?
Leiden Sie unter Übelkeit?
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen?

Kopfschmerzen

Haben Sie Kopfschmerzen oder Migräne?

Gedächtnis

Haben Sie das Gedächtnis verloren?
Haben Sie Schwierigkeiten bei der Orientierung oder dem Wiedererkennen?
Sind Sie bei den Dingen des täglichen Lebens wie z. B. dem Ankleiden oder dem Waschen ungeschickt geworden?

Hören

Hören Sie gut?
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Ohrensausen?

Sehen

Können Sie gut in der Ferne/Nähe sehen?
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? Seit wann?
Sehen Sie doppelt?
Sehen Sie verschwommen?
Haben Sie Beschwerden an/in den Augen?
Was für Beschwerden haben Sie?

- schlechtes/verschwommenes Sehen
- verstärkter Tränenfluss
- vorübergehende Sehstörungen
- Lichtblitze
- schwarze Punkte
- Lichtempfindlichkeit
- Brennen
- Doppeltsehen

Haben Sie etwas ins Auge bekommen?
Wann war die letzte Augenuntersuchung?

Sprache

Hat sich Ihre Aussprache verändert?
Haben Sie Schwierigkeiten zu sprechen?
Können Sie andere gut verstehen?
Können Sie sich gut ausdrücken?

Motorik

Haben Sie einen generalisierten oder lokalisierten Kraftverlust (Muskelschwäche) bemerkt?
Tritt der Kraftverlust eher morgens oder eher im Laufe des Tages auf?
Werden Sie schnell müde?

Sensibilität

Fühlen Sie irgendwo Kribbeln/Ameisenlaufen?
Haben Sie Missempfindungen/Parästhesien in den Fingern/Zehen?

Muskeltonus

Haben Sie Verhärtungen oder Schlaffheit in irgendeinem Muskel bemerkt?
Haben Sie Muskelkrämpfe?
Haben Sie Schwierigkeiten, leichte Gegenstände zu heben?

Gangbild

Haben Sie ein Zittern bemerkt?
Haben Sie Schwierigkeiten beim Beginn von Bewegungsabläufen?
Haben Sie Änderungen in Ihrem Gangbild bemerkt?
Haben Sie Gangunsicherheit bemerkt?

Krampfanfälle

Haben Sie morgendlichen Muskelkater bemerkt?
Haben Sie ein Krampfanfallsleiden?
Wann hatten Sie das letzte Mal einen Anfall?
Für wie lange haben Sie das Bewusstsein verloren?
Haben Sie sich auf die Zunge gebissen?
Haben Sie währenddessen einen unkontrollierten Urinabgang bemerkt?

Untersuchung

1. **Inspektion**
   - Bewusstseinslage (wach, somnolent, soporös, komatös)
   - Orientierung
     - zur Person: Können Sie mir bitte Ihren Namen sagen?
     - zur Zeit: Welches Datum haben wir heute?
     - zum Ort: Wo sind wir jetzt?
     - zur Situation: Warum sind Sie heute zu uns gekommen?
2. **Auskultation**
   - Das Nervensystem lässt sich nicht auskultieren.
3. **Perkussion**
   - Kalotte: Ich möchte jetzt Ihre Schädelkalotte abklopfen.
4. **Palpation**
   - Oberflächensensibilität: Ich möchte gerne die Sensibilität Ihres Beins untersuchen. Spüren Sie, wenn ich mit meiner Hand Ihr Bein berühre?
   - Tiefensensibilität: Ich möchte jetzt die Tiefensensibilität Ihres Beins untersuchen. Machen Sie bitte die Augen zu und sagen Sie mir, welche Zahl ich mit meinem Finger auf Ihrem Oberschenkel schreibe.
   - Vibrationssensibilität: Ich werde jetzt das Vibrationsempfinden prüfen. Sagen Sie mir bitte, wann Sie die Vibration der Stimmgabel nicht mehr spüren.
   - Motorik: Ich prüfe nun die Kraft in Ihren Beinen. Können Sie bitte die Knien gegen meine Hand zur Nase ziehen.
   - Finger-Nase-Versuch: Ich möchte gerne die Koordination Ihrer oberen Extremitäten prüfen. Können Sie bitte Ihren Arm ausstrecken und dann Ihren Zeigefinger bei geschlossenen Augen zur Nase führen?

- Knie-Hacke-Versuch: Ich möchte gerne die Koordination Ihrer unteren Extremitäten prüfen. Können Sie bitte Ihr Bein ausstrecken und dann Ihre Ferse bei geschlossenen Augen zum Knie führen?
- Gangbild: Gerne möchte ich Ihr Gangbild anschauen. Können Sie bitte zur Tür gehen?
- Gangkoordination: Ich werde nun die Koordination Ihres Gangs prüfen. Treten Sie mit geschlossenen Augen und vorgestreckten Armen auf der Stelle.
- Untersuchung verschiedener Hirnnerven (die Abkürzung „N." steht für Nervus [= Nerv]):
  - N. olfactorius: Können Sie bitte diese Probe riechen und mir sagen, um was es sich handelt?
  - N. opticus: Sehen Sie meine Finger?
  - N. oculomotorius, N. trochlearis, N. abducens: Folgen Sie meinem Finger mit den Augen. Sehen Sie den Finger doppelt?
  - N. trigeminus: Spüren Sie meine Finger, wenn ich Ihr Gesicht berühre?
  - N. facialis: Können Sie bitte die Stirn runzeln? Können Sie Ihre Backen aufblasen?
  - N. vestibulocochlearis: Hören Sie gut auf beiden Ohren?
  - N. glossopharyngeus: Ich möchte gerne den Würgereflex auslösen. Können Sie bitte den Mund aufmachen?
  - N. vagus: Ich möchte gerne Ihren Gaumen anschauen. Können Sie bitte den Mund aufmachen?
  - N. accessorius: Können Sie bitte den Kopf zur Seite drehen?
  - N. hypoglossus: Können Sie bitte die Zunge rausstrecken?

Dokumentation

In ➤ Tab. 7.4 sind die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe für die Untersuchung des Nervensystems und der damit verbundenen Dokumentation aufgeführt.

Tab. 7.4 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Nervensystems

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Bewusstseinslage (f)		state of awareness
• normal, wach und orientiert		• normal, awake and oriented
• soporös	benommen	• soporose
• komatös	in tiefer Bewusstlosigkeit (f)	• comatose
• verwirrt		• confused
• somnolent	schläfrig	• somnolent
Erinnerungsvermögen (n)		memory
• normal		• normal
• altersentsprechend		• corresponding to age
• anterograde/retrograde	vorwärtswirkend/rückwirkend	• anterograde/retrograde amnesia
Stimmung (f); Affekt (m)		mood; affect
• situationsentsprechend		• corresponding to situation
• euphorisch		• euphoric
• ängstlich		• anxious
• Selbstmordabsichten (f; pl)		• suicidal tendencies
Intelligenz (f)		intelligence
• normal		• normal
• leicht/stark vermindert		• slightly/strongly reduced
meningitische Zeichen (n; pl)		meningitic signs
• Opisthotonus (m)	Krampf (m) der Streckmuskulatur	• opisthotonos
Hirnnerven (m; pl)		cranial nerves
• intakt	funktionsfähig	• intact

Tab. 7.4 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Nervensystems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
• Fazialislähmung (f)		• facial nerve paralysis
Sprache (f)		speech
• klar		• articulate
• Stottern (n)		• stuttering
• Stummheit (f)		• mutism
Muskelkraft (f)		muscular strength
• normal		• normal
• Kraftverlust (m)		• loss of strength
Muskeltonus (m)		muscle tone
• normal		• normal
• steif		• stiff
• schlaff		• floppy
Rigor (m)	Muskelstarre (f)	rigor; rigidity
Tremor (m)	unkontrolliertes Muskelzittern (n)	tremor
Atrophie (f)	Muskelschwund (m)	atrophy
Faszikulationen (f; pl)	unwillkürliche Bewegung (f) kleiner Muskelgruppen	fasciculations
Reflexe		**Reflexes**
Dehnungsreflex (m)		stretch reflex
Fremdreflex (m)		polysynaptic reflex
Bauchhautreflex (m)		abdominal reflex
Kremasterreflex (m)		cremasteric reflex
• normal; gestört		• normal; abnormal
• gesteigert		• increased
• vermindert; erloschen		• decreased; absent
• Klonus (m)	rhythmische Bewegungsstörung (f)	• clonus
Pyramidenbahnzeichen (n)		pyramidal signs
Spasmus (m)	Muskelkrampf (m)	spasm
erloschene Reflexe (m; pl)		absent reflexes
gesteigerte Reflexe (m; pl)		increased reflexes
pathologische Reflexe (m; pl)		pathological reflexes
Babinski-Reflex (m)		Babinski('s) reflex
Hoffmann-Reflex (m)		Hoffmann('s) reflex
Sensibilität		**Sensibility**
Berührungsempfinden (n)		tactile sensation
Vibrationsempfinden (n)		vibratory sensation
Lageempfinden (n)		sense of position
Schmerzempfinden (n)		pain sensation
Kleinhirn		**Cerebellum**
Adiadochokinese (f)	Aufhebung der Bewegungskoordination (f)	adiadochokinesia
Dysmetrie (f)	Störung willkürlicher Bewegungsabläufe (m; pl)	dysmetria
Nystagmus (m)	unkontrollierte, rhythmische Bewegungen (f; pl)	nystagmus
Ataxie (f)	Störung der Bewegungskoordination	ataxia
skandierende Sprache (f)	langsame, abgehackte, verwaschene Sprache	scanning speech
Hacken-Schienbein-Test (m)		heel-shin test
Finger-Nase-Test (m)		finger-nose test

Tab. 7.4 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Nervensystems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems		Inflammatory diseases of the central nervous system
Enzephalitis (f)	Gehirnentzündung (f)	encephalitis
Meningitis (f)	Hirnhautentzündung (f)	meningitis
Myelitis (f)	Entzündung (f) des Rückenmarks (n)	myelitis
Enzephalomyelitis (f)	Entzündung (f) des Gehirns und Rückenmarks (n)	encephalomyelitis
Demyelinisierende Erkrankungen		Demyelinating diseases
multiple Sklerose (f)		multiple sclerosis
Leukodystrophie (f)	Untergang (m) der weißen Substanz des Rückenmarks (n)	leukodystrophy
Encephalomyelitis disseminata (f)		disseminated encephalomyelitis
Hirninfarkt (m)		cerebral infarction
Hirnblutung (f)		(intra-)cerebral h(a)emorrhage
Subarachnoidalblutung (f)	Form der Hirnblutung (f)	subarachnoid h(a)emorrhage
(Sinus-)Venenthrombose (f)	Gefäßpfropfen (m) in Gehirnvenen (f; pl)	(sinus) venous thrombosis
Hirnstammsyndrom (n)		brainstem syndrome
Degenerative Erkrankungen		Degnerative diseases
Demenz (f)		dementia
Alzheimer-Krankheit (f)		Alzheimer's disease
frontotemporale Demenz (f)	Pick-Krankheit (f); Pick-Demenz (f)	frontotemporal dementia
Parkinson-Krankheit (f)		Parkinson's disease
amyotroph(isch)e Lateralsklerose (f) (ALS)	Untergang (m) der Muskulatur durch eine Krankheit im Nervensystem	amyotrophic lateral sclerosis (ALS)
Erbliche neurodegenerative Erkrankungen		Hereditary neurodegenerative diseases
hereditäre Ataxie (f)	erbliche Störung von Bewegungsabläufen (f; pl)	hereditary ataxia
Chorea Huntington (f)	Veitstanz (m)	Huntington's disease/chorea
Phakomatose (f)	erblich bedingte Störung mit Fehlbildungen (f) der Haut und des Nervensystems	phacomatosis
Kopfschmerzen		Headache
Migräne (f)		migraine
Spannungskopfschmerz (m)		tension headache
Cluster-Kopfschmerz (m)	bestimmte Kopfschmerzart (f)	cluster headache
Trigeminusneuralgie (f)	Gesichtsschmerz (m)	trigeminal neuralgia; tic douloureux
Epilepsie		Epilepsy
Krampf (m)		spasm; cramp; convulsion
Krampfanfall (m)		seizure
epileptischer Anfall (m)	Krampfanfall (m)	epileptic seizure/fit
Grand-/Petit-mal-Status (m)		grand/petit mal seizure
Störungen der Liquorzirkulation (f)		disorders of cerebrospinal fluid circulation
Hirndruck (m)		intracranial pressure
Hydrozephalus (m)	Wasserkopf (m)	hydrocephalus (m)
Hirnödem (n)	Hirnschwellung (f)	cerebral (o)edema
Tumoren des Nervensystems (n)		tumo(u)rs of the nervous system
intrakranielle Raumforderung (f)	Raumforderung innerhalb des Schädels	intracranial space-occupying lesion
Missbildungen des Nervensystems		Malformations of the nervous system
Syringomyelie (f)		syringomyelia
Syringobulbie (f)		syringobulbia

Tab. 7.4 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Nervensystems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Erkrankungen des peripheren Nervensystems		Diseases of the peripheral nervous system
Polyneuropathie (f)		polyneuropathy
diabetische Polyneuropathie (f)		diabetic polyneuropathy
Alkohol-Polyneuropathie (f)		alcoholic polyneuropathy
Guillain-Barré-Syndrom (n)		Guillain-Barré syndrome
Karpaltunnel-Syndrom (n)		carpal tunnel syndrome
Erkrankungen der motorischen Endplatte		Diseases of the (motor) end-plate
Myasthenia gravis (f)	Autoimmunerkrankung der Muskulatur	myasthenia gravis
Narkolepsie (f)	Schlafkrankheit (f)	narcolepsy
Polyneuritis (f)		polyneuritis
Neurologische Symptome		Neurologic symptoms
(akustische/optische) Halluzination (f)	Wahnvorstellung (f)	(auditory/visual) hallucination
(essentieller) Tremor (m)	unbeabsichtigte Bewegungswiederholung (f)	(essential) tremor
Alexie (f)	Leseunvermögen (n)	alexia
Anarthrie (f)	Sprechstörung (f)	anarthria
Aphasie (f)	erworbene Sprachstörung (f)	aphasia
Apraxie (f)	Störung willkürlicher Motorik (f)	apraxia
Bewusstseinsstörung (f)		impaired consciousness; mental blackout
Dysarthrie (f)	Sprechstörung (f)	dysarthria
Dyslexie (f)	Lesestörung (f)	dyslexia
Dysphasie (f)	Sprachverarbeitungsstörung (f)	dysphasia
Enzephalopathie (f)	krankhafte Veränderung des Gehirns	encephalopathy
Gangstörung (f)		gait disturbance
Hemiplegie (f)	Lähmung einer Körperseite	hemiplegia
Hyperaktivität (f)	Überaktivität (f)	hyperactivity
Kataplexie (f)	emotionsbedingter kurzzeitiger Verlust der Muskelgrundspannung	cataplexy
Kinetose (f)	Reisekrankheit (f); Seekrankheit (f)	motion sickness; kinetosis
Kleinhirnsyndrom (n)		cerebellar syndrome
Meningismus (m)	schmerzhafte Nackensteifigkeit	meningism
Myoklonus (m)	unwillkürliche Muskelzuckung (f)	myoclonus
Nervosität (f)		nervousness
neuralgische Amyotrophie (f)	Nervengeflechtentzündung (f)	neuralgic amyotrophy
Ohrensausen (n)		ringing in the ear
Paraplegie (f)	Querschnittslähmung (f)	paraplegia
Phantomschmerz (m)		phantom limb pain
psychogene Amnesie (f)	psychologisch bedingter Gedächtnisverlust (m)	psychogenic amnesia
Rigidität (f)	Steifigkeit (f)	rigidity
Ruhelosigkeit (f)		agitation
Schlaflosigkeit (f)		insomnia
Schluckauf (m)		hiccup
spastische Zerebralparese (f)	zerebrale Kinderlähmung (f)	spastic cerebral palsy
Stummheit (f)		mutism
Taubheit (f)		deafness
Taumel (m)		reeling

Tab. 7.4 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Nervensystems (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Neurologische Symptome		Neurologic symptoms
Tetanie (f)	Nerv und Muskel betreffende Übererregbarkeit (f)	tetany
Tetraplegie (f)	Querschnittslähmung im Hals	quadriplegia; tetraplegia
Sequester (m)	isoliertes, abgestorbenes Gewebe (n)	sequestrum

Vor der Untersuchung soll bereits auf die Bewusstseinlage und Orientierung des Patienten sowie auf die Artikulation geachtet werden.

7.1.5 Bewegungsapparat

Anamnese

Haben Sie Rückenschmerzen? Strahlen diese aus?
Haben Sie Schmerzen in den Gelenken oder den Knochen?
Schwellen die Gelenke manchmal an oder werden heiß?
Kommt es in bestimmten Situationen zu Abschwellung oder Anschwellung der Knie?
Haben Sie Wadenkrämpfe?

Untersuchung

1. **Inspektion**
   - Wirbelsäule: Ich möchte gerne die Form Ihrer Wirbelsäule beurteilen. Können Sie bitte den Oberkörper frei machen? Können Sie sich nach vorne beugen?
   - Gelenke: Ich möchte den Bewegungsumfang Ihrer Gelenke bestimmen. Bewegen Sie bitte Ihren Arm nach vorne.
2. **Auskultation**
   - Die Wirbelsäule lässt sich nicht auskultieren.
   - Die Gelenke lassen sich nicht auskultieren.
3. **Perkussion**
   - Wirbelsäule: Ich möchte gerne mit geschlossener Faust Ihre Wirbelsäule abklopfen.
   - Die Gelenke lassen sich nicht perkutieren.
4. **Palpation**
   - Die Wirbelsäule lässt sich nicht palpieren.
   - Gelenke: Ich möchte jetzt das Kniegelenk Ihres Beins untersuchen. Wenn Sie Schmerzen spüren, sagen Sie mir bitte Bescheid.
   - Arme: Heben Sie bitte den Arm und lassen ihn wieder fallen.
   - Schulter: Heben Sie bitte die Schultern.
   - Bein: Lassen Sie das Bein ganz locker.
   - Knie: Beugen Sie das Knie.

Dokumentation

In ➤ Tab. 7.5 sind die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe für die Untersuchung des Bewegungsapparats und der damit verbundenen Dokumentation aufgeführt. Bei den englischen Fachbegriffen werden die Bezeichnungen in American English (AE) und in British English (BE) angegeben, wenn sich diese unterscheiden.

Tab. 7.5 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Bewegungsapparats

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Untersuchung des Bewegungsapparats		examination of the musculoskeletal system
Extremitäten (f; pl)		extremities
Ödeme (n; pl)	Wasseransammlungen (f; pl)	(o)edemas
Gangrän (f)	Gewebsuntergang mit Selbstverdauung (f)	gangrene
Ulcus cruris (n)	„offenes Bein" mit nasser Wunde (f)	crural/leg ulcer
Knochendeformitäten (f; pl)	Knochenverformungen (f; pl)	bone deformities
Wirbelsäule (f)		vertebral/spinal column
Kyphose (f); Lordose (f)	nach hinten bzw. vorne gekrümmte Wirbelsäule	kyphosis; lordosis
Skoliose (f)	Seitverbiegung (f) der Wirbelsäule	scoliosis
Muskeln (m; pl)		muscles
• schmerzhaft		• painful
• geschwollen		• swollen
• atrophisch	Muskelschwund (m)	• atrophic
Verletzungen allgemein		General injuries
offene/geschlossene Fraktur (f)	offener/geschlossener Bruch (m)	open/closed fracture
Zerrung (f)		distorsion
Riss (m)		tear
Luxation (f)	Gelenkverschiebung (f)	luxation; dislocation
Verstauchung (f)		sprain
Amputation (f)	Abtrennung (f)	amputation
Prellung (f)		contusion
Fremdkörper (m)		foreign body
traumatischer Schock (m)		traumatic shock
Sturz (m)		fall
Unfall (m)		accident
Explosion (f)		explosion
Stoß (m)		push
Aspiration (f)	Einatmen (n), Verschlucken (n) von Fremdkörpern	aspiration
Biss (m)		bite
Ratten-/Hundebiss (m)		rat/dog bite
Zeckenbiss (m)		tick bite
Insektenstich (m)		insect sting/bite
Verletzungen des Schädels		Cranial/Skull injuries
Schleudertrauma (n)		whiplash injury
intrakranielle Verletzung (f)	Verletzung im Gehirn (n)	Intracranial injury
Schädel-Hirn-Trauma (SHT) (n)		traumatic brain injury
Gehirnerschütterung (f)		(brain) concussion
Hirnödem (n)	Gehirnschwellung (f)	cerebral (o)edema
epidurale Blutung (f)	Hirnblutung (f)	epidural h(a)emorrhage
subdurale Blutung (f)	Hirnblutung (f)	sudural h(a)emorrhage
subarachnoidale Blutung (f)	Hirnblutung (f)	subarachnoidal h(a)emorrhage
Skalpierungsverletzung (f)	Verletzung, bei der die Kopfhaut (f) entfernt wird	scalp avulsion
Schädeldachfraktur (f)		fracture of the cranial vault
Schädelbasisfraktur (f)		basal/basilar skull fracture

Tab. 7.5 Wichtige Fachbegriffe für die Dokumentation einer Untersuchung des Bewegungsapparats (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Verletzungen des Bewegungsapparates		Injuries of the musculoskeletal system
Bandscheibenvorfall (m)		hemiated/slipped disc (BE)/disk (AE)
obere Extremität (f)		upper extremity
Läsion der Rotatorenmanschette (f)	Verletzung der Schulterblattregion (f)	rotator cuff lesion
Bursitis subacromialis (f)	Schleimbeutelentzündung (f) im Schultergelenk (n)	subacromial bursitis
untere Extremität (f)		lower extremity
Schenkelhalsfraktur (f)		femoral neck fracture
Meniskusriss (m)	Knorperlscheibenriss (m)	meniscus tear
Meniskusschädigung (f)		meniscus damage
Knorpelriss (m)		cartilage tear
Bänderriss (m)		ligament rupture
Bänderzerrung (f)		ligament strain
Muskelriss (m)		muscle rupture/tear
Muskelzerrung (f)		muscle strain
künstliche Körperöffnung (f)		artificial body orifice
Tracheostoma (n)	Luftröhrenschnitt (m)	tracheostoma
Ileostoma (n)	künstlicher Darmausgang (m)	ileostoma

7.2 Wichtige medizinische Fachbegriffe

7.2.1 Die anatomischen Strukturen des Körpers

Die nachfolgenden anatomischen Abbildungen veranschaulichen folgende Körperteile:
Hirnnerven (➢ Abb. 7.1),
Thorax und Lunge (➢ Abb. 7.2),
Bauchraum und Eingeweide (➢ Abb. 7.3),
ableitende Harnwege und Geschlechtsorgane beim Mann (➢ Abb. 7.4),
untere Extremitäten (➢ Abb. 7.5) sowie
Herz-Kreislauf-System (➢ Abb. 7.6).
Die entsprechenden medizinischen Fachbegriffe sind in ➢ Tab. 7.6 aufgeführt.

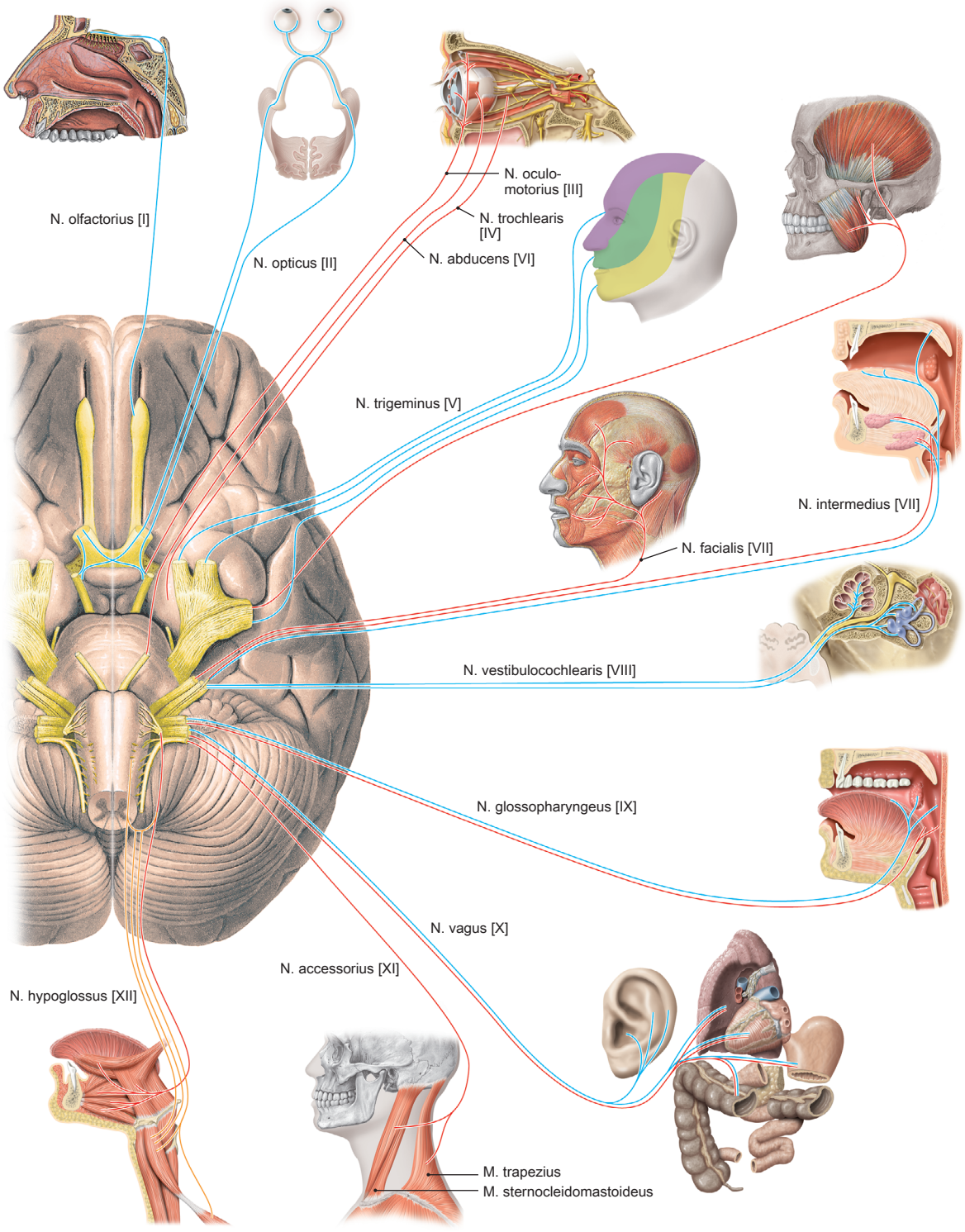


Abb. 7.1 Darstellung der Hirnnerven [S007-3-23]

Lateinische Bezeichnung	Deutsche Bezeichnung
M. sternocleidomastoideus	Kopfnicker (m)
M. trapezius	Trapezmuskel (m)
N. abducens [VI]	Augenabziehnerv (m)
N. accessorius [XI]	zusätzlicher Nerv, Beinerv (m)
N. facialis [VII]	Gesichtsnerv (m)
N. glossopharyngeus [IX]	Zungen-Rachen-Nerv (m)
N. hypoglossus [XII]	Unterzungennerv (m)
N. intermedius	Intermediusnerv (m)
N. oculomotorius [III]	Augenbewegungsnerv (m)
N. olfactorius [I]	Riechnerv (m)
N. opticus [II]	Sehnerv (m)
N. trigeminus [V]	Drillingsnerv (m)
N. trochlearis [IV]	Augenrollnerv (m)
N. vagus [X]	umherschweifender Nerv (m)
N. vestibulocochlearis [VIII]	Hör- und Gleichgewichtsnerv (m)
N. = Nervus; […] = Nummer des Gehirnnervs; M. = Musculus; (m) = maskulin	

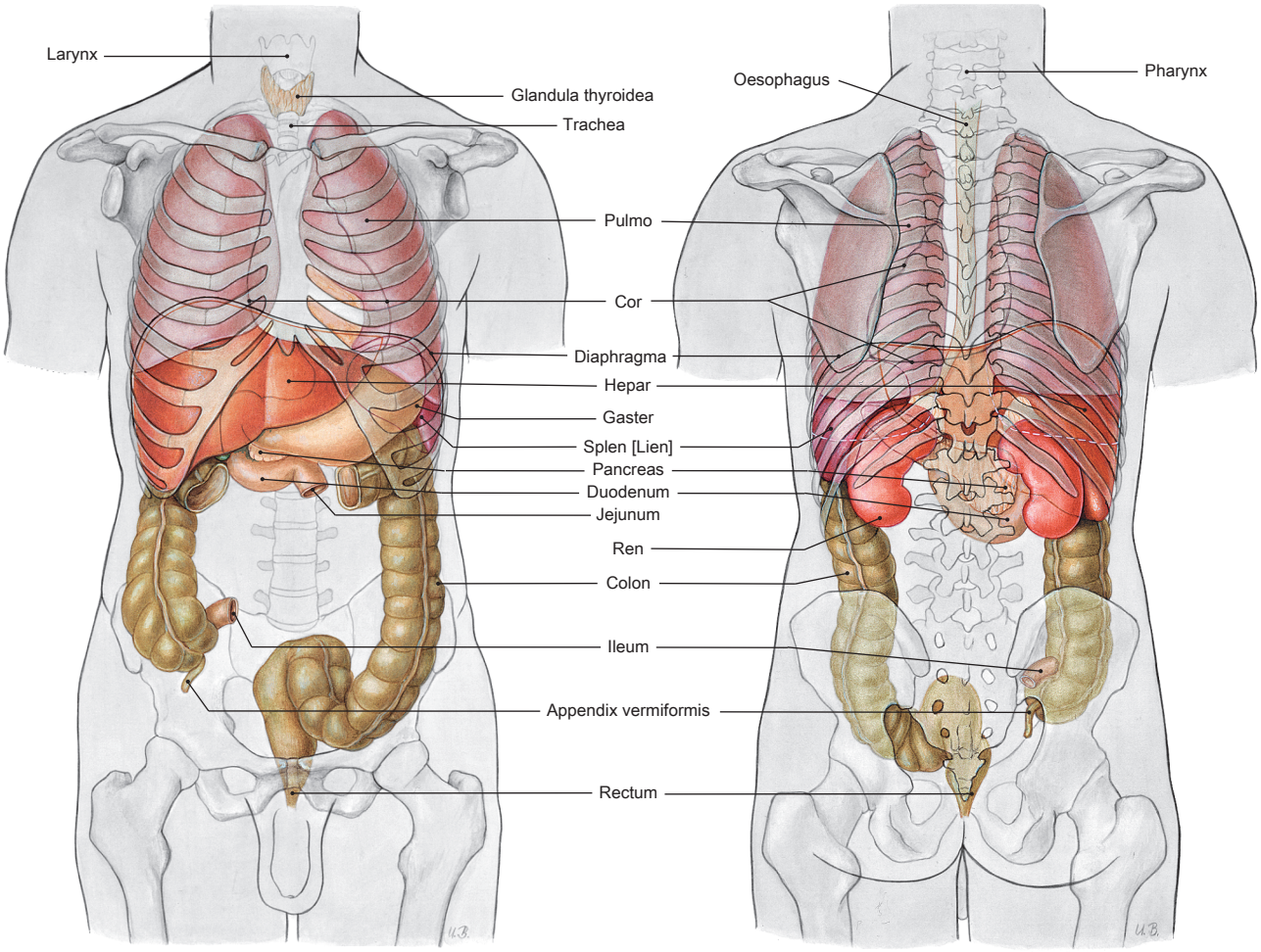


Abb. 7.2 Darstellung von Thorax und Lunge [S007-1-23]

Lateinische Bezeichnung	Deutsche Bezeichnung
Appendix vermiformis	Wurmfortsatz (m)
Colon	Dickdarm (m)
Cor	Herz (n)
Diaphragma	Zwerchfell (n)
Duodenum	Zwölffingerdarm (m)
Gaster	Magen (m)
Glandula thyroidea	Schilddrüse (f)
Hepar	Leber (f)
Ileum	Krummdarm (m)
Jejunum	Leerdarm (m)
Larynx	Kehlkopf (m)
Oesophagus	Speiseröhre (f)
Pancreas	Bauchspeicheldrüse (f)
Pharynx	Rachen (m)
Pulmo	Lunge (f)
Rectum	Mastdarm (m)
Ren	Niere (f)
Splen, Lien	Milz (f)
Trachea	Luftröhre (f)
(m) = maskulin; (f) = feminin; (n) = neutrum	

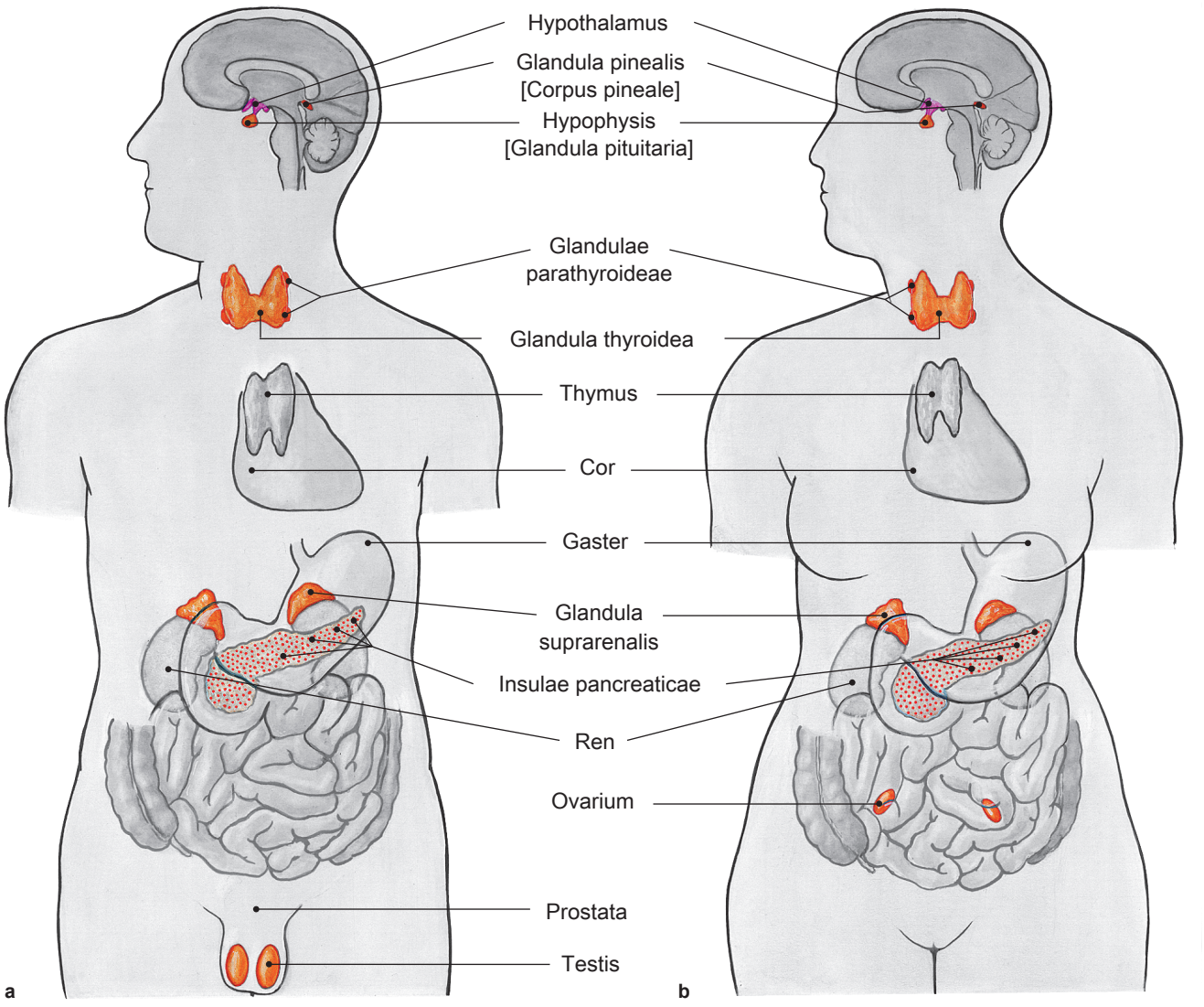


Abb. 7.3 Darstellung des Bauchraums und der Eingeweide [S007-2-23]

Lateinische Bezeichnung	Deutsche Bezeichnung
Cor	Herz (n)
Gaster	Magen (m)
Glandula parathyroidea	Nebenschilddrüse (f)
Glandula parotidea	Ohrspeicheldrüse (f)
Glandula pinealis (Corpus pineale)	Zirbeldrüse (f)
Glandula sublingualis	Unterzungenspeicheldrüse (f)
Glandula submandibularis	Unterkieferspeicheldrüse (f)
Glandula suprarenalis	Nebenniere (n)
Glandula thyroidea	Schilddrüse (f)
Hypophysis (Glandula pituitaria)	Hirnanhangdrüse (f)
Hypothalamus	Hypothalamus (m)
Insulae pancreaticae	Langerhans-Inseln (der Bauchspeicheldrüse) (pl)
Ovarium	Eierstock (m)
Prostata	Vorsteherdrüse (f)
Ren	Niere (m)
Testis	Hoden (m)
Thymus	Thymus (Bries) (m)
(m) = maskulin; (f) = feminin; (n) = neutrum; (pl) = Plural	

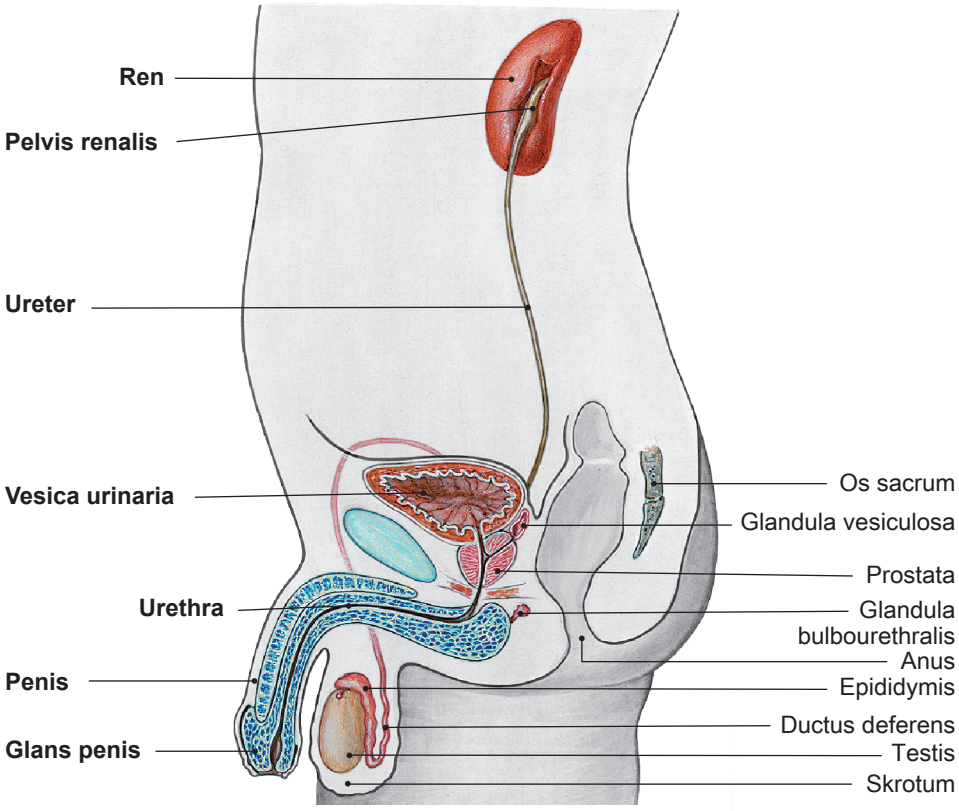


Abb. 7.4 Darstellung der ableitenden Harnwege und Geschlechtsorgane beim Mann [S007-2-23]

Lateinische Bezeichnung	Deutsche Bezeichnung
Anus	After (m)
Ductus deferens	Samenleiter (m)
Epididymis	Nebenhoden (m)
Glandula vesiculosa	Samenblase (f)
Glans penis	Eichel (f)
Os sacrum	Kreuzbein (n)
Ovar (o. Abb.)	Eierstock (m)
Pelvis renalis	Nierenbecken (n)
Penis	Glied (n)
Prostata	Vorsteherdrüse (f)
Ren	Niere (f)
Skrotum	Hodensack (m)
Testis	Hoden (m)
Ureter	Harnleiter (m)
Urethra	Harnröhre (f)
Uterus (o. Abb.)	Gebärmutter (f)
Vagina (o. Abb.)	Scheide (f)
Vesica urinaria	Harnblase (f)
(o. Abb.) = ohne Abbildung; (m) = maskulin; (f) = feminin; (n) = neutrum	

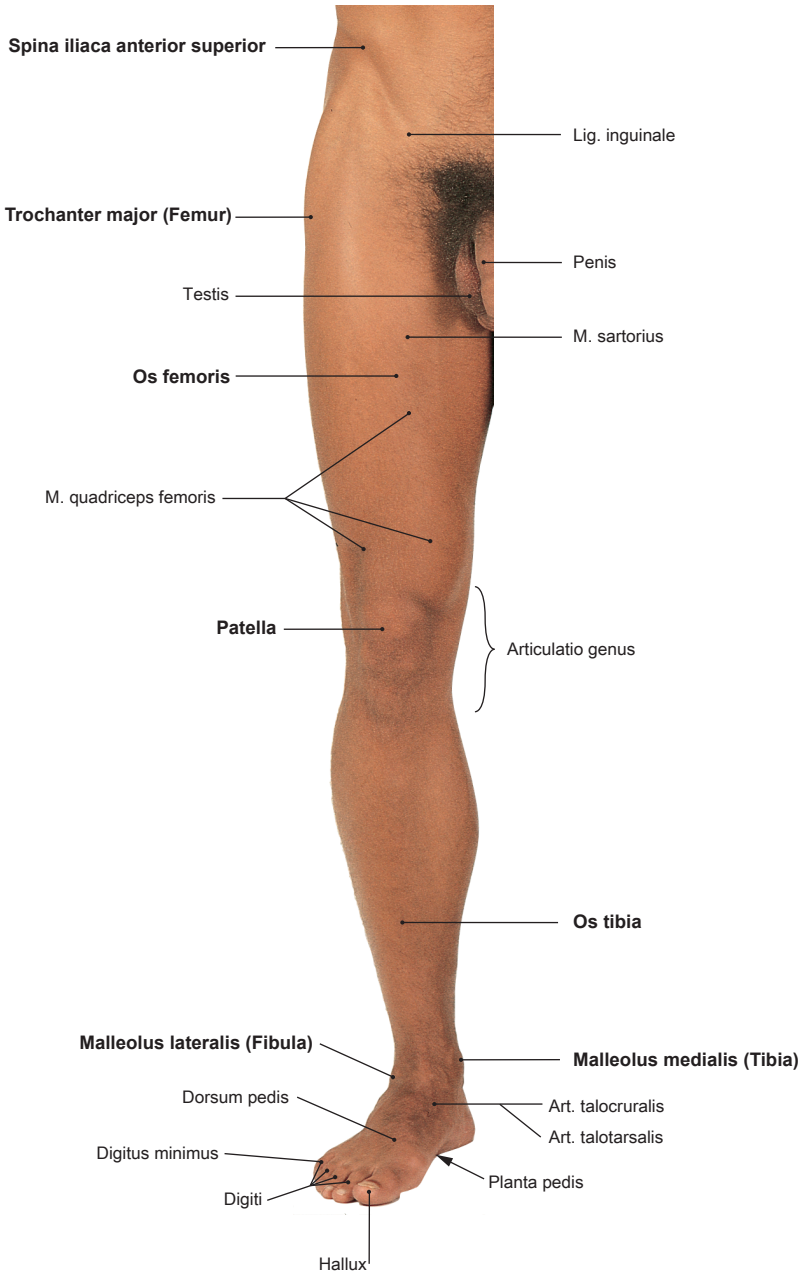


Abb. 7.5 Darstellung der unteren Extremität (Bein) [S007-1-23]

Lateinische Bezeichnung	Deutsche Bezeichnung
Articulatio genus	Kniegelenk (n)
Articulatio talocruralis	oberes Sprunggelenk (n)
Articulatio talotarsalis	unteres Sprunggelenk (n)
Digiti	Zehen (pl)
Digitus minimus	Kleinzeh (m)
Dorsum pedis	Fußrücken (m)
Hallux	Großzeh (m)
Lig. inguinale	Leistenband (n)
M. quadriceps femoris	vierköpfiger Oberschenkelmuskel (m)
M. sartorius	Schneidermuskel (m)
Malleolus lateralis (Fibula)	Außenknöchel (m)
Malleolus medialis (Tibia)	Innenknöchel (m)
Os femoris	Oberschenkelknochen (m)
Os fibularis	Wadenbein (n)
Os tibia	Schienbein (n)
Patella	Kniescheibe (f)
Penis	Glied (n)
Planta pedis	Fußsohle (f)
Spina iliaca anterior superior	vorderer Darmbeinstachel (m)
Testis	Hoden (m)
Trochanter major (Femur)	großer Rollhügel (m)
Lig. = Ligamentum; M. = Musculus; (m) = maskulin; (f) = feminin; (n) = neutrum; pl = Plural	

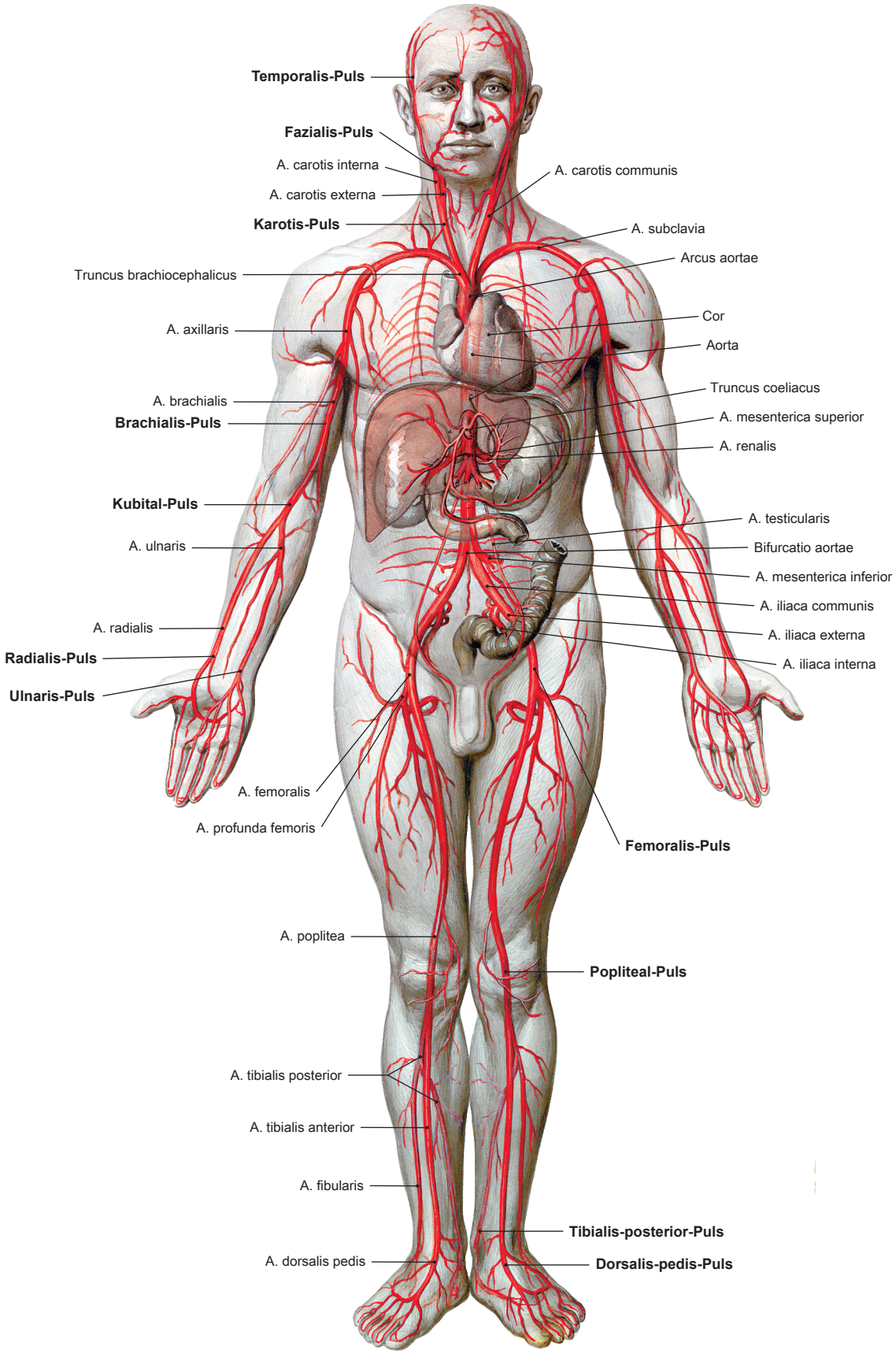


Abb. 7.6 Darstellung des Herz-Kreislauf-Systems [S007-1-23]

Lateinische Bezeichnung	Deutsche Bezeichnung
A. axillaris	Achselarterie (f)
A. brachialis	Oberarmarterie (f)
A. carotis communis	Halsschlagader (f)
A. carotis externa	äußere Halsschlagader (f)
A. carotis interna	innere Halsschlagader (f)
A. dorsalis pedis	Fußrückenarterie (f)
A. femoralis	Oberschenkelarterie (f)
A. fibularis	Wadenbeinarterie (f)
A. iliaca communis	gemeinsame Darmbeinarterie (f)
A. iliaca externa	äußere Beckenarterie (f)
A. iliaca interna	innere Beckenarterie (f)
A. mesenterica inferior	untere Eingeweidearterie (f)
A. mesenterica superior	obere Eingeweidearterie (f)
A. poplitea	Kniekehlenarterie (f)
A. profunda femoris	tiefe Oberschenkelarterie (f)
A. radialis	Speichenarterie (f)
A. renalis	Nierenarterie (f)
A. subclavia	Unterschlüsselbeinarterie (f)
A. testicularis	Hodenarterie (f)
A. tibialis anterior	vordere Schienbeinarterie (f)
A. tibialis posterior	hintere Schienbeinarterie (f)
A. ulnaris	Ellenarterie (f)
Aorta	Hauptschlagader (f)
Arcus aortae	Aortenbogen (m)
Bifurcatio aortae	Aortenbifurkation (f)
Brachialis-Puls	Brachialis-Puls (m)
Cor	Herz (n)
Dorsalis-pedis-Puls	Dorsalis-pedis-Puls (m)
Fazialis-Puls	Fazialis-Puls (m)
Femoralis-Puls	Femoralis-Puls (m)
Karotis-Puls	Karotis-Puls (m)
Kubital-Puls	Kubital-Puls (m)
Popliteal-Puls	Popliteal-Puls (m)
Radialis-Puls	Radialis-Puls (m)
Temporalis-Puls	Temporalis-Puls (m)
Tibialis-posterior-Puls	Tibialis-posterior-Puls (m)
Truncus brachiocephalicus	Arm-Kopf-Gefäßstamm (m)
Truncus coeliacus	Bauchhöhlenstamm (m)
Ulnaris-Puls	Ulnaris-Puls (m)
A. = Arteria; (m) = maskulin; (f) = feminin; (n) = neutrum	

Tab. 7.6 Die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe aufgelistet nach Körperregionen

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Der Schädel		The skull
Schädelbasis (f)		cranial base
Schädeldecke (f)		skullcap; cranium
Schädelhöhle (f)		cranial cavity
Scheitel (m)		vertex; top of the head
Schläfenbein (n)		temporal bone
Stirnbein (n)		frontal bone
Tränenbein (n)		lacrimal bone
Wangenbein (n)		cheek bone
Hinterkopf (m)		back of the head
Mastoid (n)	„Warzenfortsatz" (m)	mastoid
Oberkiefer (m)		upper jaw
Unterkiefer (m)		lower jaw; mandible
Der Kopf		The head
Gesicht (n)		face
Schläfe (f)		temple
Temporalregion (f)	Schläfengegend (f)	temporal region
Stirn (f)		forhead
Sinus frontalis (m)	Stirnbeinhöhle (f)	frontal sinus
Wange (f)		cheek
Sinus maxillaris (m)	Kieferhöhle (f)	maxillary sinus
Kauapparat (m)		masticatory apparatus
Kaumuskel (m)		masticatory muscle
Oberlippenbart (m)	Schnurrbart (m)	m(o)ustache
Vollbart (m)		full beard
Kinn (n)		chin
Das Auge		The eye
Augenabstand (m)		interocular distance
oberes/unteres Augenlid (n)		upper/lower eyelid
Augenlidspalte (f)		palpebral fissure
Augenbraue (f)		(eye) brow
Wimper (f)		eyelash
Tränensack (m)		lacrimal gland
Augenlicht (n)		eyesight
Konjunktiva (f)	Bindehaut (f)	conjunctiva
Cornea (f); Kornea (f)	Hornhaut (f)	cornea
Linse (f)		lens
Pupille (f)		pupil
Iris (f)	Regenbogenhaut (f)	iris
Augenkammer (f)		ocular chamber
Vorderkammer (f)		anterior ocular chamber
Augapfel (m)		eyeball
Glaskörper (m)		vitreous body
Orbita (f)	Augenhöhle (f)	orbit
Augenhintergrund (m)		eyeground; fundus of the eye
Retina (f)	Netzhaut (f)	retina

Tab. 7.6 Die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe aufgelistet nach Körperregionen (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Das Auge		The eye
Nervus opticus (m)	Sehnerv (m)	optic nerve
Chiasma opticum (n)	Sehnervkreuzung (f)	optic chiasm
Das Ohr		The ear
Ohrläppchen (n)		earlobe
Ohrmuschel (f)		auricle
Gehör (n)		hearing
Ohrloch (n)		earhole
äußerer Gehörgang (m)		outer auditory canal
Cerumen (m)	Ohrenschmalz (n)	earwax
Mittelohr (n)		middle ear
Trommelfell (n)		eardrum
Innenohr (n)		internal/inner ear
Gehörknöchelchen (n)		auditory ossicles
Cochlea (f)	Ohrschnecke (f)	cochlea
Tuba auditiva (f)	Ohrtrompete (f)	auditary/eustachian tube
Die Nase		The nose
Nasenwurzel (f)		root of the nose
Nasenrücken (m)		bridge of the nose
Nasenloch (n)		nostril
Nasenhöhle (f)		nasal cavity
Nasenseptum (n)	Nasenscheidewand (f)	nasal septum
Nasenschleimhaut (f)		nasal mucosa
Nasenknorpel (m)		nasal cartilage
Nasennebenhöhlen (NNH) (f; pl)		paranasal sinuses
Der Mund		The mouth
Lippe (f)		lip
Mundhöhle (f)		oral cavity
Mundschleimhaut (f)		oral mucosa
Speichel (m)		saliva
Speicheldrüse (f)		salivary gland
Zäpfchen (n)		uvula
Zunge (f)		tongue
Gaumen (hart) (m)		(hard) palate
Gaumenbogen (m)		palatine arch
Gaumenmandel (f)		palatine tonsil
Gaumensegel (n)		velum palatinum; soft palate
Zahn (m)		tooth
Milchzahn (m)		milk tooth
Zahnreihe (f)		alignment of teeth
Zahnzwischenraum (m)		interdental space
Backenzahn (m)		molar; grinder
Eckzahn (m)		canine
Schneidezahn (m)		incisor
(Zahn-)Krone (f)		(tooth) crown
Zahnfleisch (n)		gums; gingiva

Tab. 7.6 Die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe aufgelistet nach Körperregionen (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Der Mund		The mouth
Zahnhals (m)		neck of tooth
Zahnmark (n)		dental pulp
Zahnschmelz (m)		enamel
Zahnwurzel (f)		dental root
bleibendes Gebiss (n)		permanent teeth
künstliches Gebiss (n)		false teeth
Der Hals		The neck
Zungenbein (n)		hyoid (bone)
Rachen (m)		pharynx
Kehle (f)		throat
Kehlkopf (m)		larynx
Kehlkopfdeckel (m)		epiglottis
Stimmband (n)		vocal cord
Stimmritze (f)		rima glottidis
Adamsapfel (m)		Adam's apple
Schilddrüse (f) (SD)		thyroid (gland)
Schilddrüsenlappen (m)		thyroid lobe
Schildknorpel (m)		thyroid cartilage
Epithelkörperchen (n)	Nebenschilddrüse (f)	parathyroid gland
Ösophagus (m)	Speiseröhre (f)	(o)esophagus; gullet
Trachea (f)	Luftröhre (f)	trachea; windpipe
Thymus (m)		thymus (gland)
Nacken (m)		nape; (back of the) neck
Der Brustraum		The chest area
Herz (n)		heart
Herzgegend (f)		cardiac region
Perikard (n)	Herzbeutel (m)	heart sac; pericardium
Myokard (n)	Herzmuskel (m)	myocardium; cardiac muscle
Endokard (n)	Herzinnenhaut, f	endocardium
Koronargefäß (n)	Herzkranzgefäß (n)	coronary vessel
Atrium (n)	Herzvorhof (m)	atrium (of the heart)
Ventrikel (m)	Herzkammer (f)	heart chamber; cardiac ventricle
Herzohr (n)		atrial auricle
Herzspitze (f)		apex (of the heart)
Herzklappe (f)		cardiac valve
Aortenklappe (f)		aortic valve
Mitralklappe (f)		mitral valve
AV-Klappe (f)	Segelklappe (f) (AV = Atrioventrikular)	atrioventricular valve
Sinus-Knoten (m)		sinus node
AV-Knoten (m)	Vorhof-Kammer-Knoten (m) (AV = Atrioventrikular)	atrioventricular node
Die Lunge		The lung
Lungenflügel/-lappen (m)		lobe oft he lung
Lungenspalte (f)		fissures oft he lung
Lungenspitze (f)		apex of the lung

Tab. 7.6 Die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe aufgelistet nach Körperregionen (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Die Lunge		The lung
Bronchus (m); Synonym: Bronchie (f), meist als Plural: Bronchien (f; pl)		bronchus
Alveole (f)	Lungenbläschen (n)	pulmonary alveoli; air vesicles
Pleura (f)	Brustfell (n)	pleura
Lungenkapillare (f)		pulmonary capillary
Die Brust		The chest
Thorax (m)	Brustkorb (m); Brustraum (m)	thoracic/rib cage
Brustumfang (m)		girth of chest; thoracic circumference
Sternum (n)	Brustbein (n)	breastbone; sternum
Brustwirbel (m)		thoracic vertebra
Brustdrüse (f)		mammary gland
Busen (m); Brust (f)		breast; mamma
Brustwarze (f)		nipple; mamilla
Rippe (f)		rib
Rippenbogen (m)		costal arch
Diaphragma (n)	Zwerchfell (n)	diaphragm; midriff
Die obere Extremität		The upper extremity
Arm (m)		arm
Axilla (f)	Achselhöhle (f)	axilla; armpit
Oberarm (m)		upper arm
Oberarmknochen (m)		upper arm bone; humerus
Unterarm (m)		forearm
Ellbogen (m)		elbow
Ellenbeuge (f)		bend of the elbow
Ulna (f)	Elle (f)	ulna
Radius (m)	Speiche (f)	radius
Hand (f)		hand
Handgelenk (n)		wrist
Handballen (m)		ball of the thumb; thenar
Handfläche (f)		palm
Handlinie (f)		palmar crease
Handrücken (m)		back of the hand
Finger (m)		finger (m)
Fingerknöchel (m)		knuckle
Fingernagel (m)		fingernail
Fingerzwischenraum (m)		interdigital space
Nagelbett (n)		nailbed
Daumen (m)		thumb
kleiner Finger (m)		little finger
Zeigefinger (m)		index finger
Der Bauch		The abdomen
Bauchdecke (f)		abdominal wall
Peritoneum (n)	Bauchfell (n)	peritoneum
Bauchhöhle (f)		abdominal cavity

Tab. 7.6 Die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe aufgelistet nach Körperregionen (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Der Bauch		The abdomen
Bauchnabel (m)		bellybutton; navel
Rumpf (m)		trunk
Becken (n)		pelvis
Beckenboden (m)		pelvic floor
Flanke (f)		flank
Gesäß (n)		buttocks
Leiste (f)		groin
Die Eingeweide		The viscera
Verdauungstrakt (m)		digestive tract
Magen (m)		stomach
Magenkurvatur (f)	Magenkrümmung (f)	curvature of the stomach
Pylorus (m)	Magenpförtner (m)	pylorus
Dünndarm (m)		small intestine
Dünndarmschlinge (f)		loop of the small intestine; intestinal loop
Duodenum (n)	Zwölffingerdarm (m)	duodenum
Jejunum (n)	Leerdarm (m)	jejunum
Ileum (n)	Krummdarm (m)	ileum
Zäkum (n)	Blinddarm (m)	blind gut; cecum
Appendix (f)	Wurmfortsatz (m); „Blinddarm" (m)	appendix
Dickdarm (m)		large intestine
Kolon (n)	Grimmdarm (m); oft mit Dickdarm gleichgesetzt	colon
Rektum (n)	Mastdarm (m)	rectum
Sigma (n)	letzer Teil des Dickdarms	sigmoid colon
Anus (m)	After (m)	anus
Sphinkter (m)	Schließmuskel (m)	sphincter
Leber (f)		liver
Leberlappen (m)		hepatic lope
Gallenblase (f)		gallbladder
Gallenblasengang (m)		cystic duct
Gallengang (m)		bile duct
Ductus choledochus (m)	Hauptgallengang (m)	common bile duct; (ductus) choledochus
Gallenwege (m; pl)		bile ducts
Pankreas (n)	Bauchspeicheldrüse (f)	pancreas
Inselzellen (f; pl)	Langerhans-Inseln (f; pl); insulinproduzierende Zellen der Bauchspeicheldrüse	islet cells
Pankreasschwanz (m)		pancreatic tail
Milz (f)		spleen
Mesenterium (n)	Gekröse (n); am Mesenterium sind die inneren Organe befestigt, die im Peritoneum (= Bauchfell) liegen	mesentery
Omentum minus/majus (n)	kleines/großes Netz (n)	lesser/greater omentum
Truncus coeliacus (m)	ein Abgang der Bauchaorta; Truncus = Stamm (lat.) (m)	c(o)eliac trunk

Tab. 7.6 Die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe aufgelistet nach Körperregionen (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Die ableitenden Harnwege		The efferent urinary tract
Niere (f)		kidney
Nierenbecken (n)		renal pelvis
Nierenkapsel (f)		renal capsule
Nebenniere (f)		adrenal gland
Ureter (m)	Harnleiter (m)	ureter
Harnblase (f)		(urinary) bladder
Urethra (f)	Harnröhre (f)	urethra
Prostata (f)	Vorsteherdrüse (f)	prostatic gland
Die Geschlechtsorgane		The reproductive organs/the genitals
weibliche Gechlechtsorgane (n; pl)		female genitals
Adnexe (f)	Anhangsgebilde (n); Bezeichung für Eierstock und Eileiter zusammen	adnexa; appendages
Ei (n) (Keimzelle; f)		egg; ovum
Eierstock (m)		ovary
Eileiter (m)		oviduct; fallopian tube
Corpus luteum (n)	Gelbkörper (m)	corpus luteum; yellow body
Uterus (m)	Gebärmutter (f)	uterus
Zervix (f)	Gebärmutterhals (m)	cervix; uterine cervix
Endometrium (n)	Gebärmutterschleimhaut (f)	endometrium
äußerer Gebärmuttermund (m)		external cervical os
Plazenta (f)	Mutterkuchen (m)	placenta
Vagina (f)	Scheide (f)	vagina
Hymen (n)	Jungfernhäutchen (n)	hymen; maidenhead
Labien (f; pl)	Schamlippen (f; pl)	labia (pudendi)
große Schamlippen (f; pl)		labia majora
kleine Schamlippen (f; pl)		labia minora
männliche Geschlechtsorgane (n; pl)		male genitals
Samenblase (f)		seminal vesicle
Samenleiter (m)		seminal/spermatic duct
Hoden (m)		testicle
Skrotum (n)	Hodensack (m)	scrotum
Penis (m)		penis
Eichel (f)		glans
Die untere Extremität		The lower extremity
Bein (n)		leg
Leistenband (n)		inguinal ligament
Leistenbeuge (f)		groin
Leistengegend (f)		inguinal region
Femur (m)	Oberschenkelknochen (m)	femur; thigh bone
Hüftgelenk (n)		hip joint
Oberschenkel (m)		thigh
Knie (n)		knee
Kniegelenk (n)		knee joint
Patella (f)	Kniescheibe (f)	kneecap; patella
Kniekehle (f)		popliteal space

Tab. 7.6 Die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe aufgelistet nach Körperregionen (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Die untere Extremität		The lower extremity
Unterschenkel (m)		lower leg
Fibula (f)	Wadenbein (n)	fibula
Tibia (f)	Schienbein (n)	tibia; shinbone
Wade (f)		calf
Knöchel (m)		ankle
Sprunggelenk (n)		ankle joint
Achillessehne (f)		Achilles tendon
Fuß (m)		foot
Fußknöchel (m)		malleolus
Fußsohle (f)		sole (of the foot)
Ferse (f)		heel
Fußrücken (m)		dorsum/back of the foot
Fußspitze (f)		tip of the foot
Zeh (m)		toe
Großzehe (f)		big/great toe; hallux
Das Skelett		The skeleton
Knochen (m)		bone
Knochenbau (m)		bone structure
Periost (n)	Knochenhaut (f)	periosteum
Knochenmark (n)		bone marrow
Gelenk (n)		joint
Gelenkhöhle (f)		joint cavity
Gelenkkapsel (f)		joint/articular capsule
Gelenkknorpel (m)		articular capsule
Bursa (f)	Schleimbeutel (m)	bursa
Knorpel (m)		cartilage
Knorpelhaut (f)		perichondrium
Muskel (m)		muscle
Muskelansatz (m)		muscle insertion
glatte Muskulatur (f)		smooth muscles
quer gestreifte Muskulatur (f)		striated muscles
Sehne (f)		sinew; tendon
Sehnenscheide (f)		tendon sheath
Band (n)		ligament
Bandscheibe (f)		intervertebral disc (BE)/disk (AE)
Dornfortsatz (m)		spinous process
Rippe (f)		rib
Rippenbogen (m)		costal arch
Rückgrat (n)		spinal column; spine
Wirbel (m)		vertebra (pl; vertebrae)
Wirbelbogen (m)		vertebral arch
Wirbelgelenk (n)		vertebral joint
Wirbelkanal (m)		vertebral canal
Wirbelkörper (m)		vertebral body
Wirbelsäule (f)		vertebral/spinal column

Tab. 7.6 Die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe aufgelistet nach Körperregionen (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Das Skelett		The skeleton
Hüfte (f)		hip
Rücken (m)		back
Beckenknochen (paarige) (m; pl)		pelvic bones
Thorax (m)	Brustkorb (m)	thorax; ribcage; chest
Brustwirbel (m)		thoracic vertebra
Schambein (n)		pubic bone
Schlüsselbein (n)		collarbone; clavicle
Schulter (f)		shoulder
Schulterblatt (n)		shoulder blade
Schultergelenk (n)		shoulder joint
Die Hautanhangsorgane		The skin appendages
Kopfhaar (n)		(scalp) hair
Körperbehaarung (f)		body hair
Kopfhaut (f)		scalp
Leberfleck (m)		mole
Drüse (f)		gland
Gewebe (n)		tissue
Knoten (m)		node
Lymphknoten (m) (LK)		lymph node
Membran (f)		membrane
Organ (n)		organ
Schleimhaut (f)		mucosa; muc(o)us membrane
Tasche (f); Sack (m)		pouch; bag; sack
Gliedmaße (f)		extremity; limb
Körperhöhle (m)		body cavity
Fett (n)		fat; lipid
Fleisch (n)		flesh
Hohlraum (m)		cavity; antrum
Das Nervensystem		The nervous system
zentrales Nervensystem (n)		central nervous system
Gehirn (n)		brain
Basalganglien (n; pl)	Kerngebiete im Gehirn (n), die eine wichtige Rolle bei Bewegungsabläufen im Körper spielen	basal ganglia
Frontallappen (m)	vorderes Hirnareal (n)	frontal lobe
Ventrikel (m)	Hirnventrikel (m): mit Gehirnflüssigkeit gefüllte Kammern im Gehirn; Ventrikel = Kammer (lat.)	ventricle
Kleinhirn (n)		cerebellum
Hirnstamm (m)		brain stem
Hirnnerv (m)		cranial nerve
Hirnwindung (f)		gyrus; convolution (of the brain)
Hypophyse (f)	Hormondrüse (f); (zur Regulierung des Hormonhaushalts)	hypophysis; pituitary gland
Liquor (m)	Gehirnflüssigkeit/Rückenmarksflüssigkeit (f)	cerebrospinal fluid (CSF); liquor
Rückenmark (n)		spinal cord

Tab. 7.6 Die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe aufgelistet nach Körperregionen (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Das Nervensystem		The nervous system
Spinalganglion (n)	Ansammlung von Nervenzellkörpern der Spinalnerven	dorsal root ganglion; spinal ganglion
äußere Hirnhaut (f)	Bindegewebsschicht, die das Gehirn umgibt	dura mater
innere Hirnhaut (f)		pia mater
weiche Hirnhaut (f)		leptomeninges
peripheres Nervensystem (n)		peripheral nervous system
Nerv (m)		nerve
Nervenbahn (f)		nerve pathway
Ast (m)		branch
Plexus (m)	Nervengeflecht (n)	plexus
Das Herz-Kreislauf-System		The cardiovascular system
Kreislauf (m)		circulation
Gefäß (n)	Ader (f)	vessel; vas
Arterie (f)	Schlagader (f)	artery
Aorta (f)	Hauptschlagader (f)	aorta
Vene (f)	Blutader (f) (selten)	vein
Kapillare (f)	Haargefäß (n), kleinstes Blutgefäß	capillary
Lymphgefäß (n)		lymph(-atic) vessel
Isthmus (m)	Engstelle (f)	isthmus
Karotis (f)	Halsschlagader (f)	carotid (artery)
Jugularisvene (f)		jugular vein
Koronararterie (f)	Herzkranzarterie (f)	coronary artery
Lungenkapillaren (f; pl)		pulmonary capillaries

7.2.2 Das Krankenhaus

Die wichtigsten Fachbegriffe rund um das Thema „Krankenhaus“ sind in ➢ Tab. 7.7 aufgeführt.

Tab. 7.7 Wichtige Fachbegriffe zum Thema „Krankenhaus“

Deutscher Fachbegriff	Englischer Fachbegriff
Das Personal	The staff
Arzt (m); Ärztin (f)	doctor; physician
Chefarzt (m)	chief/head physician; chairman (AE); clinical director (BE)
Oberarzt (m)	consultant (BE); attending (AE)
Assistenzarzt (m)	assistant doctor; house officer (BE); resident (AE)
Hausarzt (m)	family doctor; general practitioner (GP)
Anästhesist (m)	an(a)esthesist; an(a)esthesiologist
Kardiologe (m)	cardiologist
Student (m)	student
Krankenpflege (f)	nursing (care)
Krankenpflegepersonal (n)	nursing staff
Krankenschwester (f)	nurse
Hebamme (f)	midwife
Laborant (m)	lab(oratory) technician
Patient (m)	patient

Tab. 7.7 Wichtige Fachbegriffe zum Thema „Krankenhaus" (Forts.)

Deutscher Fachbegriff	Englischer Fachbegriff
Das Personal	The staff
Angehörige (m; pl)	relatives
Famulant (m)	clinical clerk; medical trainee
Student (m) im Praktischen Jahr; PJler (m)	intern; student in their last year of medical school
Besucher (m)	visitor
Die Räumlichkeiten	The premises
Abteilung für … (f)	division of …
Ambulanz (f)	outpatient clinic/department
Blutbank (f)	blood bank
Dienstzimmer (n)	doctor's office
Gang (m)	(hospital) aisle
Hörsaal (m)	lecture room; auditorium
Lesesaal (m)	reading room
Intensivstation (f)	intensive care unit (ICU)
Kantine (f)	cafeteria; lunchroom
Krankenwagen (m)	ambulance
Kreißsaal (m)	labo(u)r room
Labor (n)	laboratory (lab)
Notaufnahme (f)	emergency room (ER)(AE); accident and emergency (A&E)(BE)
Patientenzimmer (n)	patient's room
Praxis (f)	(doctor's) surgery (BE); doctor's practice
Schwesternzimmer (n)	nurses' room
Station (f)	ward
Stelle der Erstversorgung (f)	site of first care
Stockwerk (n)	floor
Das Dienstzimmer	The doctor's office
Akte (f)	(patient's) record
(Kranken-)Bericht (m)	medical report
Arztbrief (m)	discharge note/letter
Computer (m)	computer
Drucker (m)	printer
Krankenblatt (n)	medical record
Krankenschein (m)	health insurance card
Krankmeldung (f)	sick certificate/note
Lehrbuch (n)	textbook
Notfallwagen (m)	emergency trolley (BE)/cart (AE)
Telefon (n)	phone
Telefonnummer (f)	phone number
Untersuchungsformular (n)	physical examination form
Das Patientenzimmer	The patient's room
Bett (n)	bed
Bettdecke (f)	blanket
Bettlaken (n)	sheet
Bettzeug (n)	bedding
Essenstablett (n)	lunch tray
Fernseher (m)	television set (TV set)

Tab. 7.7 Wichtige Fachbegriffe zum Thema „Krankenhaus" (Forts.)

Deutscher Fachbegriff	Englischer Fachbegriff
Das Patientenzimmer	The patient's room
Gefäß (n)	vessel; pot
Gehgestell (n)	invalid walker
Infusionsflasche (f)	infusion bottle
Infusionsständer (m)	infusion stand
Kleiderbügel (m)	(coat) hanger
Kopfkissen (n)	pillow
Krücke (f)	crutch
Lampe (f)	lamp
Lichtschalter (m)	light switch
Matratze (f)	mattress
Nachthemd (n)	night gown
Nachtkästchen (n)	bedside table
Papierkorb (m)	waste-paper basket
Rollstuhl (m)	wheelchair
Sauerstoffgerät (n)	oxygen (breathing) apparatus
Schrank (m)	closet
Sessel (m)	chair
Steckdose (f)	wall socket
Stuhl (m)	chair
Tisch (m)	table
Tür (f)	door
Das Badezimmer	The bathroom
Bettschüssel (f)	bedpan
Dusche (f)	shower
Handtuch (n)	towel
Hocker (m)	stool
Kamm (m)	comb
Seife (f)	soap
Spiegel (m)	mirror
Toilette (f)	bathroom; toilet; lavatory; rest room (BE); restroom (AE); loo (BE, umgangssprachlich)
Urinflasche (f)	urine bottle; urinal
Waage (f)	scale
Waschbecken (n)	(wash) basin
Waschlappen (m)	washcloth (AE); flannel (BE)
Wasserhahn (m)	(water) tap
Windel (f)	napkin (BE); diaper (AE)
Zahnbürste (f)	toothbrush
Zahnpasta (f)	tooth paste

7.2.3 Der Operationssaal

In ➤ Tab. 7.8 sind die wichtigsten Fachbegriffe für die Beschreibung des Operationssaals aufgeführt.

Tab. 7.8 Wichtige Fachbegriffe zum Thema „Operation"

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Der Operationssaal		The operating theatre (BE)/room (AE)
Anästhesie (f)	Narkose (f); Betäubung (f)	an(a)esthesia
Intubation (f)	Einführen eines Tubus in die Luftröhre (f)	intubation
Vollnarkose (f)	künstlicher Tiefschlaf (m)	general an(a)esthesia
Bahre (f); Trage (f)		stretcher
Schleuse (f)		scrub room; air lock
Operation (f)		surgery; operation
Operationsfeld (n)		surgical area
Operationsplan (m)		surgery plan
Operationsschwester (f)		theatre sister (BE); operating room nurse (AE); surgery nurse
Operationstisch (m)		operating table
Die OP-Instrumente		The surgical instruments
Haken (m)		hook
Katheter (m)	Schlauch (m), mit dem Hohlorgane (Harnblase, Magen, Darm, Gefäße) sondiert werden	catheter
Klammer (f)		clamp
Klemme (f)		clamp; clip; forceps
Nadel (f)		needle
Nadelhalter (m)		needle holder
Naht (f)		suture
OP-Tuch (n)		surgical cloth
Seide (f)		surgical silk
Skalpell (n)	chirurgisches Messer (n)	scalpel
Die OP-Kleidung		The surgical clothes
Maske (f)		(face) mask
OP-Haube (f)		(surgical) cap
OP-Kittel (m)		surgical gown
Überschuh (m)		shoe cover

7.2.4 Das Labor und die Laborparamter

In ➤ Tab. 7.9 sind die wichtigsten Fachbegriffe für die Beschreibung von Labor und Laborparametern (laboratory and the laboratory parameters) aufgeführt.

Tab. 7.9 Wichtige Fachbegriffe zum Thema „Labor"

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Die Körperflüssigkeiten		The body fluids
Blut (n)		blood
Blutkonserve (f)		banked/stored blood (for transfusion)
Blutserum (n)		blood serum
Eiter (m)		pus

Tab. 7.9 Wichtige Fachbegriffe zum Thema „Labor" (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Die Körperflüssigkeiten		The body fluids
Erguss (m)		effusion
Gallensäure (f)		bile acids
Katheterurin (m)		catheterised (BE)/catheterized (AE) urine
Lymphe (f)		lymph
Magensaft (m)		gastric juice
Magensäure (f)		gastric acid
Mittelstrahlurin (m)		midstream urine
Punktionsurin (m)		puncture urine
Sammelurin (m)		24-hour urine
Schweiß (m)		sweat; perspiration; sudor
Sperma (n)		sperm; semen
Liquor (m)	Gehirnflüssigkeit (f)	liquor; fluid
Pipette (f)		pipet(te)
Probe (f); Muster (n)		sample; specimen
Die Leberwerte		Liver values
Albumin (n)	globuläres, im Blut vorkommendes Protein	albumin
alkalische Phosphatase (AP) (f)		alkaline phosphatase
Bilirubin (n)	Abbauprodukt des Hämoglobins	bilirubin
Cholesterin (n)	Fettbestandteil, der mit der Nahrung aufgenommen oder vom Körper gebildet werden kann. Bestandteil von Zellwänden und Ausgangsstoff von Vitamin D und Hormonen.	cholesterol
Gamma-GT (f)		gamma-GT; gamma-glutamyl transpeptidase
Transaminase (f)	Enzym, welches Aminogruppen überträgt	transaminase
Triglyzeride (f; pl)	chemische Form von Fetten, die im Körper als Energierlieferant dient	triglycerides
Das Blutbild		Blood count; H(a)emogram
Zellen im Blut (f)	Blutkörperchen (n)	blood corpuscle/cell
Erythrozyt (m)	rotes Blutkörperchen (n)	erythrocyte; red blood cell
Retikulozyt (m)	jugendliches rotes Blutkörperchen (n)	reticulocyte
Leukozyt (m)	weißes Blutkörperchen (n)	leukocyte
Granulozyt (m)	polymorphkerniges weißes Blutkörperchen (n)	granulocyte
Lymphozyt (m)	weißes Blutkörperchen, welches zum Immunsystem gehört	lymphocyte
Makrophage (f)	Fresszelle (f)	macrophage
Monozyt (m)	größtes weißes Blutkörperchen, zum Immunsystem gehörend	monocyte
Thrombozyt (m)	Blutplättchen (n)	platelets; thrombocyte
Hämatokrit (m)	Verhältnis vom Volumen der Blutzellen zum Volumen des Blutplasmas; Anteil aller festen Blutbestandteile (rote und weiße Blutkörperchen, Blutplättchen) im Gesamtblut	hematocrit (HCT)
Hämoglobin (n)	(roter) Blutfarbstoff (m)	h(a)emoglobin (HGL)
Blutgruppe (f)		blood group/type
Der Säure-Basen-Status		Acid-base status
Bikarbonat (n)	Salz der Kohlensäure (n); Pufferbase (f)	bicarbonate
pCO_2 (n)	Kohlendioxid-Partialdruck (m); Anteil von Kohlendioxid, das im Blut gelöst ist	pCO_2 (partial carbon dioxide pressure)
pH (m)	Gleichgewicht von Säuren und Basen im Blut; pH-Wert des Blutes = 7,36–7,44	blood pH
pO_2 (n)	Sauerstoffpartialdruck (m)	pO_2 (partial oxygen pressure)

Tab. 7.9 Wichtige Fachbegriffe zum Thema „Labor" (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Der Säure-Basen-Status		Acid-base status
Elektrolyte (m; pl)	Stoffe, die als Ionen vorliegen; Ionen biologischer Elektrolyte sind Natrium, Kalium, Kalzium, Magnesium, Chlorid, Phosphat und Hydrogencarbonat	electrolytes
Natrium (n) (Na)		sodium (Na)
Kalium (n) (K)		potassium (K)
Chlorid (n) (Cl)		chloride (Cl)
Kalzium (n) (Ca)		calcium
Harnstoff (m)		(blood) urea (nitrogen) (BUN)
Die Blutgerinnung		Blood coagulation/clotting
Fibrinogen (n)	Glykoprotein, das für die Blutgerinnung wichtig ist	fibrinogen
Gerinnungsfaktor (m)		coagulation factor
INR (m); Blutgerinnungszeit (f)		international normalized ratio
Quick-Wert (m)	Maß für die extrinsische Blutgerinnungsleistung (n)	Quick's value
Thromboplastinzeit (f)	Maß für die intrinsische Blutgerinnungsleistung (n)	thromboplastin time
Die Immunreaktion		Immunoreaction
Allergen (n)	eine allergieerzeugende Substanz	allergen
Antigen (n)	Stoff, der sich an einen Antikörper bindet und eine Immunreaktion im Körper auslöst	antigen
Antikörper (m) (AK)	Protein (n), das sich gegen Antigene richtet	antibody
Immunglobulin (n) (Ig)	Synonym für Antikörper	immunoglobulin
C-reaktives Protein (n) (CRP)	Teil der Akute-Phase-Proteine; erhöhte CRP-Werte zeigen eine Entzündung an	C-reactive protein (CRP)
Immunkomplex (m)	Synonym: Antigen-Antikörper-Komplex	immune complex
Die Nierenwerte		Renal function parameters
Harnsäure (f)		uric acid
Kreatinin (n)		creatinine
Sonstige		Others
Aminosäure (f)		amino acid
Amylase (f)		amylase
Kreatininkinase (f) (CK)		creatine kinase (CK)
Kreatinphosphokinase (f)		creatine phosphokinase (CPK)
Eisen (n) (Fe)		iron; ferrum
Eiweiß (n)		protein
Enzym (n)		enzyme
Glukose (f)	Traubenzucker (m); Blutzucker (m)	glucose
Marker (m)		marker
Rheumafaktor (m)		rheumatoid factor
Schilddrüsenhormon (n)		thyroid hormone
Tuberkulin (n)		tuberculin
Vitamin (n)		vitamin
Troponin (n)		troponin
Der Labortest; die Laboruntersuchung		Laboratory test
(Blut-)Ausstrich (m)		(blood) smear
Blutgasanalyse (f) (BGA)		blood gas analysis
Blutgerinnungsanalyse (f)		coagulation test
Blutgruppenbestimmung (f)		blood grouping/typing

Tab. 7.9 Wichtige Fachbegriffe zum Thema „Labor" (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Der Labortest; die Laboruntersuchung		Laboratory test
Blutkultur (f)		h(a)emoculture; blood culture
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (f) (BSG)		erythrocyte sedimentation rate (ESR)
Blutungszeit (f)		bleeding time
Blutzucker (m) (BZ)		blood sugar/glucose
Coombs-Test (m)	Antiglobulintest (m), mit dem inkomplette Antikörper nachgewiesen werden	Coombs test
Differenzialblutbild (n) (DiffBB)	gibt die zelluläre Zusammensetzung der weißen Blutkörperchen im Blut an	differential blood count
Eisensättigung (f)		iron saturation
Färbung (f)		stain(ing)
Kreuzprobe (f)	ein Testverfahren in der Transfusionsmedizin, um die Verträglichkeit von Spenderblut und Empfängerblut zu testen	crossmatching
Schwangerschaftstest (m)		pregnancy test
spezifisches Gewicht (n)		specific gravity
Stuhluntersuchung (f)		stool examination
Haemoccult-Test (m)	Test, um geringe, mit bloßem Auge nicht sichtbare Mengen an Blut im Stuhl nachzuweisen	(stool) guaiac test; guaiac smear test; h(a)emoccult test
Untersuchung (f) auf okkultes Blut (n) im Stuhl	okkultes Blut = verstecktes, nicht sichtbares Blut (n)	fecal occult blood test (FOBT)
Teststreifen (m)		test strip; dipstick
Urinkultur (f)		urine culture
Urinstix (m)	Urinstreifen (m)	urine (reagent) strip
Vaginalabstrich (m)		vaginal smear
Zellzählung (f)		cell count(ing); cytometry
Das Laborergebnis		Laboratory findings
Blutalkoholspiegel (m)		blood alcohol level
Grenzwert (m)		threshold value
Kreatinin-Clearance (f)	Clearance = Filtrationsleistung der Nieren (f)	creatinine clearance
Leukopenie (f)	erniedrigte Anzahl weißer Blutkörperchen im Blut	leukopenia
Leukozytose (f)	erhöhte Anzahl weißer Blutkörperchen im Blut	leukocytosis
Normalwert (m)		normal value
Nüchternwert (m)		fasting value
Probe (f)		sample
Prozentsatz (m)		percentage
Zylinder (m)		cylinder
Blutprobe (f)		blood sample
Tagesschwankung (f)		circadian variation
Sediment (n)	Niederschlag (m); Bodensatz (m)	sediment
Alkalose (f)	pH-Wert im Blut über 7,45; Blut wird stärker basisch	alkalosis
Azidose (f)	pH-Wert im Blut unter 7,35; Blut wird stärker sauer	acidosis
Hyperkaliämie (f)	erhöhte Kaliumwerte im Blut	hyperkalemia; hyperpotassemia
Hypokaliämie (f)	verminderte Kaliumwerte im Blut	hypokalemia; hypopotassemia
Hyperlipidämie (f)	erhöhte Blutfettwerte (f)	hyperlipidemia

7.2.5 Die ärztliche Ausrüstung

In ➤ Tab. 7.10 sind die wichtigsten Fachbegriffe zur ärztlichen Ausrüstung aufgeführt.

Tab. 7.10 Wichtige Fachbegriffe zur ärztlichen Ausrüstung

Deutscher Fachbegriff	Englischer Fachbegriff
Die ärztliche Ausrüstung	The doctor's equipment
Desinfektionsmittel (n)	desinfectant
Handschuhe (m; pl)	gloves
Kittel (m)	(doctor's) coat/smock
Notizbuch (n)	notebook
Pipser (m)	beeper
Pinzette (f)	forceps; tweezers; pincers
Schere (f)	scissors
Schreibstift (m)	pen
Stauschlauch (m)	tourniquet
Tupfer (m)	swab
Verband (m)	bandage; dressing
Zirkel (m)	compass; pair of compasses
Therapeutisch	Therapeutic
Infusionsnadel (f)	i. v. cannula
Drainage (f)	drainage
Faden (m)	thread
Gips (m)	plaster
Herz-Lungen-Maschine (f)	heart-lung machine
Herzschrittmacher (m)	cardiac pacemaker
Magensonde (f)	stomach tube
Nadel (f)	needle
Pflaster (n)	plaster
Sauerstoffmaske (f)	oxygen mask
Spritze (f)	syringe; injection; shot
zentraler Zugang (m)	central line
Braunüle (f)	indwelling catheter
Diagnostisch	Diagnostic
Augenspiegel (m)	ophthalmoscope
Bandmaß (n)	tape measure
Blutdruckmessgerät (n)	blood pressure (measuring) device
Fieberthermometer (n)	(clinical) thermometre (BE)/thermometer (AE)
Gleitmittel (n)	lubricant
Katheter (m)	catheter
Herzkatheter (m)	cardiac/heart catheter
Lampe (f)	lamp
Lineal (n)	ruler
Mundspiegel (m)	stomatoscope
Ohrspiegel (m)	otoscope
Reflexhammer (m)	reflex hammer
Stethoskop (n)	stethoscope
Stimmgabel (f)	tuning fork

Tab. 7.10 Wichtige Fachbegriffe zur ärztlichen Ausrüstung (Forts.)

Deutscher Fachbegriff	Englischer Fachbegriff
Sonstiges	Miscellaneous
(Nacht-)Dienst (m)	(night) duty/service
Fortbildung (f)	training; course
Konsil(ium) (n)	consultation; council
Untersuchungskurs (m)	physical examination course
Visite (f)	(ward) round
Krankengeld (n)	sick pay
Krankenhauskosten	hospital costs
Krankenkasse (f)	health (insurance) fund; health insurance company
Krankenversicherung (f)	health insurance

7.2.6 Die apparativen Untersuchungen

In ➢ Tab. 7.11 sind die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe für die apparative Untersuchung (machine-aided examinations) aufgeführt.

Tab. 7.11 Wichtige Fachbegriffe für die apparative Untersuchung

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Die Röntgenuntersuchung		The X-ray examination
Abdomenleeraufnahme (f)		plain abdominal radiography
Angiografie (f)	Darstellung von Gefäßen mittels diagnostischer Bildgebungsverfahren	angiography
Computertomografie (CT) (f)	Verfahren, bei der Röntgenaufnahmen gemacht werden, die anschließend mit Hilfe des Computers in Schichtbilder überführt werden	compute(rize)d tomography (CT)
Magen-Darm-Passage (f)		upper gastrointestinal X-ray series
Magnetresonanztomografie (MRT) (n)	Kernspinuntersuchung (f); Verfahren zum Darstellen von inneren Organen, Geweben und Gelenken mit Hilfe von Magnetfeldern	magnetic resonance imaging (MRI)
Röntgen (n) (Rö)		X-ray
Röntgenbild (n)		X-ray image
Echografie (f)	Ultraschall (m)	echography
Sonografie (f) (Sono)	Ultraschall (m)	sonography
Schallschatten (m)		acoustic shadow
Spezielle Untersuchungen		Special examinations
Allergietestung (f)		allergy testing
Blutdruckmessung (f)		blood pressure measurement
Elektroenzephalogramm (n) (EEG)	grafische Darstellung der Gehirnaktivitäten (f; pl)	electroencephalogram (EEG)
Elektrokardiogramm (n) (EKG)	grafische Darstellung der elektrischen Herzaktivitäten (f)	electrocardiogram (ECG)
gynäkologische Untersuchung (f)	frauenärztliche Untersuchung (f)	gyn(a)ecological examination
rektale Untersuchung (f)	Untersuchung des Enddarms (f)	rectal examination
Tuberkulose-Hauttest (m)	Tuberkulose = Schwindsucht (f)	tuberculin skin test; PPD skin test
vaginale Untersuchung (f)		vaginal examination
Vitalkapazität (f) (VC)	eine Kenngröße in der Lungenfunktionsdiagnositk	vital capacity (VC)
Die Endoskopie	Spiegelung (f)	The endoscopy
Kontrasteinlauf (m)	Einlauf von Röntgenkontrastmitteln in den Darm (m)	contrast enema
Arthroskopie (f)	Gelenkspiegelung (f)	arthroscopy

Tab. 7.11 Wichtige Fachbegriffe für die apparative Untersuchung (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Gastroskopie (f)	Magenspiegelung (f)	gastroscopy
Koloskopie (f)	(End-)Darmspiegelung (f)	colo(no)scopy
Laparoskopie (f)	Bauchspiegelung (f)	laparoscopy
Rektoskopie (f)	Mastdarmspiegelung (f)	rectoscopy
Zystoskopie (f)	Blasenspiegelung (f)	cystoscopy

7.2.7 Eingriffe und Therapien

In ➢ Tab. 7.12 sind die wichtigsten medizinischen Fachbegriffe für verschiedene Therapien und Eingriffe aufgeführt.

Tab. 7.12 Wichtige Fachbegriffe für Therapien und Eingriffe

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Therapeutisch		Therapeutic
Aderlass (m)	Blutentnahme in größeren Mengen (f)	bloodletting
Bluttransfusion (f)	Übertragung von Blut (f) von Spender an Empfänger	blood transfusion
Hämodialyse (f)	Blutwäsche (f)	h(a)emodialysis
Bypass (m)	operativ angelegte Umgehung eines Blutgefäßabschnitts (f)	bypass
Chemotherapie-Sitzung (f)	medikamentöse Therapie von Krebserkrankungen (f; pl)	chemotherapy session
Dialyse (f)	Blutwäsche (f)	dialysis
Diät-Beratung und -Überwachung (f)		diet consultation and monitoring
Drainage (f)	Ableitweg von Körperflüssigkeiten (m)	drainage
Exstirpation (f)	vollständige Entfernung (f)	extirpation
Fadenentfernung (f)		suture removal
Hysterektomie (f)	Gebärmutterentfernung (f)	hysterectomy
Infusion (f)	Flüssigkeitsgabe in die Venen (f)	infusion
Injektion (f)	Einspritzung eines Arzneimittels in den Blutkreislauf (f)	injection
intravenöser Zugang (m)	Zugang in eine Vene (m)	intravenous line (IV)
In-vitro-Fertilisation (f)	künstliche Befruchtung (f)	in vitro fertilisation (BE); in vitro fertilization (AE)
künstliche Befruchtung (f)		artificial insemination
künstliche Herzklappe (f)		artificial heart valve
Nierentransplantation (f)		renal transplantation
Palliativbehandlung (f)	bestmögliche Behandlung von unheilbaren Krankheiten (f)	palliative treatment
parenterale Ernährung (f) (PE)	künstliche Ernährung bei der der Magen-Darm-Trakt umgangen wird (f)	parenteral nutrition
Physiotherapie (f)	Krankengymnastik (f)	physiotherapy
plastische Chirurgie (f)		plastic surgery
Polypenentfernung (f)	Geschwulst-Entfernung (f)	polypectomy; polyp removal
Reanimation (f)	Herz-Lungen-Wiederbelebung (f)	resuscitation
Rehabilitationsmaßnahme (f)	Wiedereingliederungsmaßnahme (f)	rehabilitation methods
Resektion (f)	Teilentfernung (f)	resection
Rheumabad (n)		rheumatism bath
Schnitt (m)		incision; cut
Sterilisierung (f); (Verb: sterilisieren)	Abtötung von Mikroorganismen auf Materialien (f); Mikroorganismen = mikroskopisch kleine Lebewesen (z. B. Bakterien)	sterilisation (BE); sterilization (AE)

Tab. 7.12 Wichtige Fachbegriffe für Therapien und Eingriffe (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Strahlentherapie (f)	Therapie mit ionisierender Strahlung (f) (z. B. radioaktive Strahlung) zur Behandlung von Krebserkrankungen	radiotherapy; radiation therapy
Strahlentherapie-Sitzung (f)		radiotherapy/radiation therapy session
Tabaksbeutelnaht (f) (Tb-Naht)	chirurgische Nahttechnik (f)	purse-string suture
Tracheostomie (f)	Eröffnung der Luftröhre; „Luftröhrenschnitt"	tracheostomy
Whipple-OP (f)	Pankreasoperation nach Whipple	Whipple's operation
zentralnervöser Zugang (m); zentraler Venenkatheter (ZVK) (m)	venöser Zugang in eine Vene der oberen Körperhälfte (z. B. Vena jugularis interna am Hals)	central venous line
Zirkumzision als Routinemaßnahme/ aus rituellen Gründen (f)	Zirkumzision = Beschneidung (f)	circumcision as a routine procedure/for ritual reasons
Diagnostisch		Diagnostic
Blasenkatheterisation (f)	Legen eines Blasenkatheters in die Harnblase (n)	bladder catheterisation (BE)/catheterization (AE)
Herzkatheter (m)		cardiac/heart catheter
Knochenmarkpunktion (f)	Untersuchungsmethode zur Entnahme von Knochenmarkgewebe (f)	bone marrow puncture
Lumbalpunktion (f)	Untersuchungsmethode zur Entnahme von Liquor (= Gehirnflüssigkeit) (f)	lumbar puncture
Venenpunktion (f)	Einstich in eine Körpervene zur Entnahme von Blut oder zur Verabreichung von Medikamenten/Infusionen (m)	venous puncture
Biopsie (f)	Gewebeentnahme, für die mikroskopische Untersuchung (f)	biopsy
Blutentnahme (f)		blood withdrawal; taking of blood samples
Magenspülung (f)		gastric lavage

7.2.8 Die Medikamente

In ➢ Tab. 7.13 sind die wichtigsten Fachbegriffe und Leitsätze zu Medikamenten und deren Einnahme aufgeführt.

Tab. 7.13 Wichtige Fachbegriffe und Leitsätze zu Medikamenten und Medikamenteneinnahme

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Die Medikamente		The medicaments
Ich gebe Ihnen ein Rezept/Medikament		I will give you a prescription/some medication
Ich muss Ihnen eine Spritze geben		I have to give you an injection/a shot
Sie brauchen eine intramuskuläre/ subkutane/intravenöse Spritze		You need a(n) intramuscular/subcutaneous/intravenous injection
Ich werde Ihnen einen IV-Zugang am Arm legen		I am going to place an intravenous line (IV) in your arm
Es wird kurz weh tun		It will hurt for a moment
Es wird nicht weh tun		It won't hurt
Ich gebe Ihnen ein Schmerzmittel/ein Schlafmittel/ein Beruhigungsmittel		I will give you a pain reliever/sleeping pill/sedative
Medikamenteneinnahme		Taking medication
jede Stunde		every hour
alle 2–3 Stunden		every two to three hours
einmal täglich		once a day
jeden 2. Tag		every other day
morgens		in the morning
mittags		at midday/noon

Tab. 7.13 Wichtige Fachbegriffe und Leitsätze zu Medikamenten und Medikamenteneinnahme (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Medikamenteneinnahme		Taking medication
abends		in the evening
vor/nach dem Essen		before/after meals
zum Essen		with meals
vor dem Schlafengehen		before going to bed
ein Teelöffel/Esslöffel (voll)		one teaspoon/spoon(ful)
mit Wasser/viel Flüssigkeit		with water/a lot of liquid
Sie müssen die Tablette in Wasser auflösen		You have to dissolve the pill in water
Sie müssen die Tablette schlucken oder lutschen		You have to swallow or suck on the pill
Sie dürfen die Tablette nicht zerkauen		You are not allowed to chew the pill
Sie sollen damit gurgeln		You are supposed to gargle with it
Sie sollen damit inhalieren		You are supposed to inhale it
(nicht) äußerlich anwenden		(Do not) use externally
Sie dürfen den Verband (nicht) abnehmen		You are (not) allowed to/You may (not) take off your bandage
Machen Sie kalte Umschläge		Apply cold packs
Essen Sie nichts		Don't eat anything
Trinken Sie viel		Drink a lot
Meiden Sie fettreiche Nahrung		Avoid fatty food
Sie sollten nicht mehr rauchen		You should stop smoking
Der Krankheitsverlauf		The course of disease
Krankheitsverhütung (f)		disease prevention; prophylaxis
Risiko (n)		risk
Risikofaktor (m)		risk factor
Entwicklung (f)		development
Ursprung (m)		origin
Ätiologie (f)	Krankheitsursache (f)	etiology
Grund (m); Ursache (f)		cause
Verdacht (m)		suspicion
Symptom (n)	Anzeichen für eine Krankheit (n)	symptom
Krankheitsbild (n)		clinical picture
Fall (m)		case
Krankenhauseinweisung (f)		hospitalisation (BE); hospitalization (AE)
Aufnahme (f)		admission
Krankenhausaufenthalt (m)		hospital stay
Behandlung (f)		treatment
Komplikation (f)		complication
Morbidität (f)	Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine Bevölkerungsgruppe (f)	morbidity (rate)
Mortalität (f)	Sterberate (f)	mortality; death rate
Heilung (f)		healing; recovery
Vollremission (f)	Nachlassen von Krankheitssymptomen (n)	complete remission/response
Entlassung (f)		discharge
Entlassung gegen ärztlichen Rat (f)		discharge against medical advice (AMA)

Tab. 7.13 Wichtige Fachbegriffe und Leitsätze zu Medikamenten und Medikamenteneinnahme (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Der Krankheitsverlauf		The course of disease
Verlaufskontrolle (f)		follow-up
Beobachtung (f)		observation
Prognose (f)		prognosis
Überlebensrate (f)		survival rate
Folgeerscheinung (f)		after-effect
Rezidiv (n)	Rückfall (m)	relapse; recurrence
Tod (m)		death
Leiche (f)		corpse
(Behandlungs-)Schema (n)		treatment schedule
Abdeckung (f)		coverage
Ampulle (f)		ampule
Blut-Hirn-Schranke (f)	physiologische Barriere zwischen Blutkreislauf und Zentralnervensystem (f)	blood brain barrier (BBB)
Chemotherapie (f)	medikamentöse Behandlung von Krebserkrankungen und Infektionen (f)	chemotherapy
Erregerspektrum (n)		spectrum of pathogens
Halbwertszeit (f)	Zeit, die angibt, wie lange es dauert, bis die Hälfte eines verabreichten Medikaments den Organismus wieder verlassen hat	half life
Insulindosierung (f)		insulin dosage
Kontraindikation (f)	Argument, das gegen eine bestimmte Behandlung spricht (n)	contraindication
Mittel (n)		drug; medicament; agent
Mittel der Wahl (n)		medium of choice
Nebenwirkung (f); unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)		side effect
Standard (m)		standard
Die Darreichungsform		Form of administration
Creme (f)		cream
Hustensaft (m)		cough syrup
Kapsel (f)		capsule
Lösung (f)		solution
Lotion (f)		lotion
Pille (f)		pill
Puder (n)		powder
Pulver (n)		powder
Salbe (f)		ointment
Sirup (m)		sirup (BE); syrup (AE)
Tablette (f)		tablet, pills
Tropfen (m)		drop; gutta
Zäpfchen (n)		suppository
Die Substanzen		The substances
Acetylsalicylsäure (f) (ASS)		acetylsalicylic acid
Amphotericin B (n)		amphotericin B
Antihistaminikum (n)	Wirkstoff (m), der die Ausschüttung von Histamin unterdrückt, z. B. zur Behandlung von Allergien	antihistamine

Tab. 7.13 Wichtige Fachbegriffe und Leitsätze zu Medikamenten und Medikamenteneinnahme (Forts.)

Medizinische Bezeichnung (Arzt)	Deutsche Bezeichnung (Patient)	Englischer Fachbegriff
Die Substanzen		The substances
Betaisodona (n)		Betadine
Breitspektrumantibiotikum (n)	Antibiotikum, das gegen viele Bakterien wirksam ist; Synonym: Breitbandantibiotikum	broad spectrum antibiotic
Clavulansäure (f)		clavulanic acid
Jod (n)		iodine
Insulin (n)		insulin
lokales Anästhetikum (n)	lokales Betäubungsmittel (n)	local an(a)esthetic
Beta-Blocker (m)		beta(-receptor) blocker
Steroid (n)		steroid
Tuberkulostatikum (n)	Medikament zur Behandlung von Tuberkulose (TBC)	tuberculostatic

7.3 Wundbeschreibung

7.3.1 Kriterien zur Wundbeschreibung

Für eine adäquate Wundversorgung ist die möglichst einheitliche und objektive Wundbeschreibung eine wesentliche Grundlage. Nur so kann sichergestellt werden, dass Wunden in ihrem Verlauf korrekt beurteilt werden können und die richtige Therapie durchgeführt werden kann. Merken Sie sich daher das Grundvokabular zur Beschreibung der Wunde.

Wundart

Wichtig ist zunächst zu unterscheiden, ob es sich um eine akute (z.B. frische OP-Wunde) oder eine chronische Wunde (z. B. Dekubitus) handelt. Unter einer chronischen Wunde versteht man in der Regel eine Wunde, die nach 4 Wochen makroskopisch keine Heilungstendenz zeigt.

Wundlokalisation

Die Lokalisation der Wunde soll so genau wie möglich erfolgen. Folgendes ist dabei zu beachten:

- Die Orientierung erfolgt an anatomischen Strukturen und anhand der gängigen Richtungsangaben. Die Richtungsangabe kann sich auch am Zifferblatt einer Uhr orientieren, wobei die Uhr gedacht auf dem Patienten liegt und 12 Uhr immer Richtung Kopf zeigt (z.B. „in Höhe Os sacrum, nach kranial verlaufend").
- Als Hilfsmittel können (vorgefertigte) Skizzen zum Einzeichnen der Lokalisation dienen.
- Insbesondere im Zusammenhang mit Fotodokumentationen ist die Lokalisationsbeschreibung unerlässlich, da je nach Bildausschnitt und Perspektive die Lokalisation auf Fotos nicht genau zu erkennen ist.

Wundgröße

Die Wundgröße ist ein wichtiger Parameter zur Beurteilung des Heilungsverlaufs. Folgendes Messverfahren hat sich in der Praxis bewährt:
Die Größenangabe erfolgt in Zentimeter (cm), ggf. mit einer Stelle hinter dem Komma (z.B. gemessen mit einem Lineal).
Gemessen werden Länge und Breite jeweils in der größten Ausdehnung. Die Tiefe der Wunde wird mit einer speziellen Messsonde oder einem sterilen Hilfsinstrument festgestellt.

Wundgrund

Als Wundgrund wird die Wundoberfläche ohne den Wundrand bezeichnet – hier finden im Wesentlichen die Wundheilungsvorgänge statt. Folgende Merkmale weisen auf eine physiologische Wundheilung hin:

- saubere Wundoberfläche
- Granulationsgewebe (tiefroter „Granulationsrasen")
- Epithelisierung (meist von den Wundrändern her)

Dagegen können folgende Merkmale auf Verzögerungen/pathologische Prozesse in der Wundheilung hindeuten:

- (ausgeprägte) Fibrinbeläge
- Kollagenbeläge (sogenannte gelbe/weiße Nekrose): sehr harte, trockene Beläge
- trockene und feuchte Nekrosen/Gangrän
- Verunreinigungen
- Wundschorf
- Fremdkörperauflagerungen

Wundrand/Wundumgebung

Die Wundränder begrenzen die Wunde und können wichtige Hinweise auf den Wundheilungsverlauf geben. Folgende Merkmale können bei Wundrändern beobachtet werden:

- glatt, unauffällig
- unregelmäßig/zerklüftet
- schuppig, borkig
- Mazeration (Quellung, Aufweichung des Gewebes)
- Rötung
- Ödem
- Schwellung

Die Wundumgebung bezeichnet den Bereich, der sich im näheren Umfeld der Wunde befindet, jedoch nicht mehr zur Wunde selbst gehört. Dennoch können hier wichtige Faktoren beobachtet werden, die für die Wundheilung von großer Bedeutung sind. Mögliche Merkmale, die in der Wundumgebung auftreten können, sind:

- unauffällig, intakte Hautverhältnisse
- Rötungen
- Schwellungen
- Mazeration (Quellung, Aufweichung des Gewebes)
- Ödem
- Hämatome
- Allergien/Ekzeme
- Hautveränderungen

Exsudat

Als Exsudat wird der Austritt von Flüssigkeit und Zellen aus den Blut- und Lymphgefäßen bezeichnet. Die Menge und die Beschaffenheit des Exsudats können Hinweise auf die Wundheilungsphasen geben und stellen ein wesentliches Kriterium für die Auswahl der lokalen Wundversorgung dar.

Ein feuchtes Wundmilieu unterstützt die Wundheilung. Zu viel Sekret kann aber die Wundheilung behindern (idealer Nährboden für Bakterien).

Das Exsudat wird anhand folgender Kriterien beschrieben:

- Menge:
  - kein Exsudat (-)
  - schwach (+)
  - mittel (++)
  - stark (+++)

- Aussehen:
  - blutig
  - eitrig (putride)
  - serös
  - sonstiges (z.B. gallig)

Beim Aussehen können auch Mischformen auftreten, z.B. blutig-serös

Wundgeruch

Neben den optischen Kriterien der Wundbeschreibung kann auch der Geruch einer Wunde Hinweise auf Komplikationen oder den Heilungsverlauf geben. Es können beispielsweise folgende Geruchsmerkmale bei Wunden auftreten:

- keiner/unauffällig
- faulig
- fäkalisch
- süßlich

Stark übelriechende Wundgerüche sind oftmals ein Hinweis auf Komplikationen im Heilungsverlauf.

Entzündungszeichen

Entzündungszeichen treten aufgrund der Gewebeschädigung in geringem Maße bei jeder Wunde auf. Die fünf klassischen Entzündungszeichen sind:

- Überwärmung
- Rötung
- Schwellung
- Schmerz
- Funktionseinschränkung

7.3.2 Beispiele für Wundbeschreibungen

Die oben genannten Kriterien stellen für die Wundbeschreibung im klinischen Alltag eine Orientierungshilfe dar. Je nach Wundart muss die Beschreibung daran ausgerichtet werden. Beispielsweise kann eine Beschreibung einer OP-Wunde oder eines primären Wundverschlusses knapper erfolgen als etwa die Beschreibung eines Dekubitus Grad 4, da hier Wundgrund und Wundrand nur begrenzt differenziert werden können.

Die folgenden Beispiele sollen verdeutlichen, wie Wundbeschreibungen aussehen könnten.

Abkürzungen: EPUAP = European Pressure Ulcer Advisory Panel;
NRS = Numerische Rating Skala;
OP = Operation;
OSG = oberes Sprunggelenk

Beispiel 1 (Abb. 7.7)

Abb. 7.7 Wundheilungsstörung nach Biopsie [T776]

- **Wundart:** Wundheilungsstörung nach Biopsie
- **Lokalisation:** oberes Sprunggelenk (OSG) rechts lateral
- **Wundgröße:** ca. 2,0 × 1,0 × 0,8 cm (proximal ca. 0,5 cm unterminiert)
- **Wundgrund:** soweit einsehbar Granulation mit leichten Fibrinbelägen
- **Exsudat:** mäßig bis stark, serös
- **Wundrand:** mazeriert, leichte Fibrinbeläge
- **Wundumgebung:** mazeriert, Rötung, Schwellung
- **Geruch:** keiner (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Schmerzen:** leicht (NRS 3) (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Infektzeichen:** lokal (Exsudat, Rötung, Schwellung – hierzu muss zudem die Gesamtsituation gesehen werden, die Beurteilung einer Fotodokumentation ist nicht ausreichend)

Beispiel 2 (Abb. 7.8)

Abb. 7.8 OP-Wunde, geklammert [T775]

- **Wundart:** OP-Wunde, geklammert (15 Klammern), 3. postoperativer Tag
- **Lokalisation:** Wirbelsäule, Lendenbereich
- **Wundgröße:** ca. 8,0 × 0,5 cm
- **Wundgrund:** aufgrund des primären Verschlusses nicht einsehbar
- **Exsudat:** keines
- **Wundrand:** reizlos, unauffällig (primärer Wundverschluss)
- **Wundumgebung:** unauffällig
- **Geruch:** keiner (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Schmerzen:** keine (NRS 0) (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Infektzeichen:** keine (hierzu muss zudem die Gesamtsituation gesehen werden, die Beurteilung einer Fotodokumentation ist nicht ausreichend)

Beispiel 3 (Abb. 7.9)

Abb. 7.9 Diabetisches Fußsyndrom [T776]

- **Wundart:** Diabetisches Fußsyndrom
- **Lokalisation:** rechter Vorfuß plantar, Höhe Digitus pedis 1 bis 3
- **Wundgröße:** ca. 10,0 × 3,5 × 0,3 cm (genaue Tiefe durch Beläge nicht eruierbar)
- **Wundgrund:** trocken nekrotisch belegt, im Randbereich teilweise fibrinös belegt
- **Exsudat:** moderat, eitrig-serös
- **Wundrand:** unregelmäßig, teils trocken, teils fibrinös
- **Wundumgebung:** Hyperkeratose, Rötung
- **Geruch:** vorhanden (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Schmerzen:** mäßig (NRS 4) (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Infektzeichen:** lokal (eitriges Exsudat, Rötung, Überwärmung – hierzu muss zudem die Gesamtsituation gesehen werden, die Beurteilung einer Fotodokumentation ist nicht ausreichend)

Beispiel 4 (Abb. 7.10)

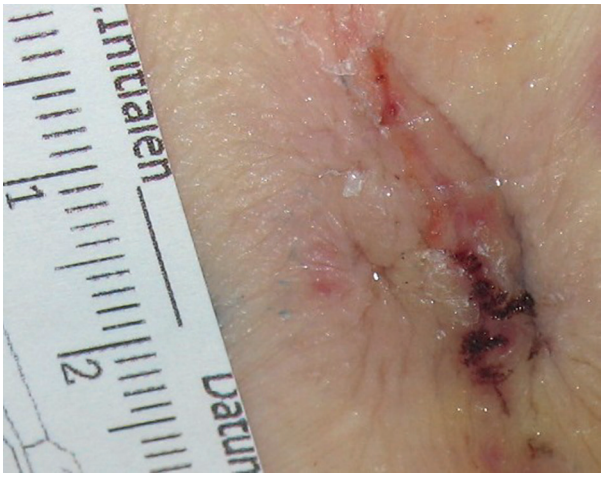


Abb. 7.10 OP-Wunde, geklebt [T775]

- **Wundart:** OP-Wunde, geklebt, 2. postoperativer Tag
- **Lokalisation:** Wirbelsäule, Lendenbereich
- **Wundgröße:** ca. 2,5 × 0,3 cm
- **Wundgrund:** aufgrund des primären Verschlusses nicht einsehbar, etwas Schorf auf der Klebestelle
- **Exsudat:** keines
- **Wundrand:** zentral leichte Dehiszenz
- **Wundumgebung:** leichtes Hämatom
- **Geruch:** keiner (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Schmerzen:** mäßig (NRS 5) (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Infektzeichen:** keine (hierzu muss zudem die Gesamtsituation gesehen werden, die Beurteilung einer Fotodokumentation ist nicht ausreichend)

Beispiel 5 (Abb. 7.11)

Abb. 7.11 Dekubitus Grad 3 [T776]

- **Wundart:** Dekubitus Grad 4 (nach EPUAP)
- **Lokalisation:** Trochanter rechts
- **Wundgröße:** ca. 9,0 × 9,0 × 4,0 cm, unterminiert bis zu ca. 2,0 cm
- **Wundgrund:** ca. 2/3 nekrotisch / fibrinös, ca. 1/3 Granulation
- **Exsudat:** moderat, serös
- **Wundrand:** leicht mazeriert, scharf begrenzt
- **Wundumgebung:** unauffällig
- **Geruch:** vorhanden (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Schmerzen:** mäßig (NRS 5) (klinische Information – nicht durch das Bild ersichtlich)
- **Infektzeichen:** lokal keine (hierzu muss zudem die Gesamtsituation gesehen werden, die Beurteilung einer Fotodokumentation ist nicht ausreichend)

LITERATURVERZEICHNIS ZUM KAPITEL WUNDBESCHREIBUNG

Goedecke, Falk / Bauernfeind, Gonda / Pschichholz, Raico / Buß, Arne / Nink-Grebe, Brigitte: Kriterien der Wundbeurteilung. In: Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW) (Hrsg.) (2012): Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz. S3-Leitlinie, publiziert bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Düsseldorf: AWMF, 67–71. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001l_S3_Lokaltherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf, zuletzt geprüft am 15.11.2014.

Protz, Kerstin (2014): Moderne Wundversorgung. Praxiswissen, Standards und Dokumentation. Unter Mitarbeit von Jan Hinnerk Timm. 7. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.

Schaperdoth, Ellen; Lunau, Laura: Die Wundbeurteilung (Bestimmung von Wundgröße, -fläche und -tiefe) In: Bostelaar, René A. (Hrsg.): Wundmanagement in der Klinik. Ein Ratgeber zum Umgang mit chronischen Wunden. (Pflege) Hannover 2006, 55–56.